



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO
AMBIENTE
DOUTORADO EM ASSOCIAÇÃO PLENA EM DESENVOLVIMENTO E MEIO
AMBIENTE



ROSA DE CÁSSIA MIGUELINO SILVA

RELAÇÕES PRODUTORAS DO CUIDADO EM PRÁTICAS COM PLANTAS
MEDICINAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUAZEIRO-BAHIA

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2016

ROSA DE CÁSSIA MIGUELINO SILVA

**RELAÇÕES PRODUTORAS DO CUIDADO EM PRÁTICAS COM PLANTAS
MEDICINAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUAZEIRO - BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe como requisito para a obtenção do grau de doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Rosemeri Melo e Souza.

**SÃO CRISTÓVÃO
2016**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S586r Silva, Rosa de Cássia Miguelino.
Relações produtoras do cuidado em práticas com plantas
medicinais na estratégia de saúde da família em Juazeiro - Bahia /
Rosa de Cássia Miguelino Silva ; orientadora Rosemeri Melo e
Souza . – São Cristóvão, 2016.
172 f. : il.

Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) –
Universidade Federal de Sergipe, 2016.

1. Plantas medicinais. 2. Matéria médica vegetal. 3. Medicina
da família. I. Souza, Rosemeri Melo e, orient. II. Título.

CDU 633.88:614.39

ROSA DE CÁSSIA MIGUELINO SILVA

RELAÇÕES PRODUTORAS DO CUIDADO EM PRÁTICAS COM PLANTAS
MEDICINAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUAZEIRO -
BAHIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe como requisito para a obtenção do grau de doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente.

Aprovada em: 04 de Julho de 2016.




PROF.ª DR.ª ROSEMERI MELO E SOUZA
Orientadora – DEAM e PRODEMA/UFS




PROF.ª DR.ª MARIA JOSÉ NASCIMENTO SOARES
Examinadora Interna – DED e PRODEMA/UFS



PROF.º DR. ROBERTO RODRIGUES DE SOUZA
Examinador Interno – DEQ e PRODEMA/UFS



PROF.º DR.ª SINDIANY SUELEN CADUDA DOS SANTOS
Examinador Externo – DBI/UFS



PROF.ª DR.ª CLÉANE OLIVEIRA DOS SANTOS
Examinadora Externa – CODAP/UFS

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente.



Prof.ª Doutora Rosemeri Melo e Souza
Universidade Federal de Sergipe

É concedida, ao Núcleo responsável pelo Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe, a permissão para disponibilizar, reproduzir cópias desta tese e emprestar ou vender tais cópias.



Rosa de Cássia Miguelino Silva – Autora
Universidade Federal de Sergipe



Prof.ª Doutora Rosemeri Melo e Souza – Orientadora
Universidade Federal de Sergipe

Dedico esta Tese à Santíssima Trindade:
Deus Pai, que me confiou à realização deste trabalho...
Deus Filho, que me deu coragem para desenvolvê-lo em todas as etapas.
Deus Espírito Santo, que me fez ouvir seus conselhos...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, porque nos seus planos para a minha vida colocou um Doutorado e me fez capaz de trilhar todas as veredas, derrubar barreiras, enxugar as lágrimas, esquecer a dor e seguir em frente para com muita alegria honrar e fazer a sua vontade.

Sou grata à minha muito querida Prof.^a Doutora Rosemeri Melo e Souza, que pela sua generosidade me acolheu, me fez acreditar que eu ia conseguir e não mediu esforços na condução exemplar da orientação desta tese. Todas as palavras que escrevesse aqui seriam poucas, para dizer o quanto lhe admiro e o quanto transformou minha vida com o aprendizado proporcionado por seus ensinamentos nessa convivência.

À Prof.^a Doutora Maria José Nascimento Soares, agradeço por ter aberto a primeira porta, para que eu entrasse no PRODEMA. Muito obrigada por todos os incentivos e pelas inúmeras contribuições essenciais ao meu trabalho.

A todos os professores do PRODEMA/UFS, por suas valiosas aulas e convívio que contribuíram para minha qualificação profissional.

Aos colegas do PRODEMA com quem aprendi a produzir conhecimento coletivamente e a prosperar amizades verdadeiras.

À minha família, todos os meus queridos, pelo entendimento relativo à falta de atenção, que por tantas vezes deixei de proporcionar a cada um de vocês devido às minhas ausências e necessidade de permanecer por tantas horas às voltas com as obrigações inerentes ao doutorado.

Aos participantes da pesquisa, por suas disponibilidades e colaboração.

Aos colegas Professores da UPE, porque concordaram com o meu afastamento para estudo. Em especial, sou grata às Professoras Dr^a Leilyane Conceição de Souza Coelho e Marta Solange Albuquerque Guimarães, porque sem a ajuda de vocês eu não teria superado o primeiro obstáculo.

Ao Município de Juazeiro, porque concedeu autorização para a utilização do campo da pesquisa.

Ao colega, Mário Sergio de Oliveira Machado, Enfermeiro Superintendente do Núcleo de Promoção da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro, sou grata porque me deu apoio incondicional para desenvolver as atividades acadêmicas.

Aos que conheci na vivência do trabalho de campo.

Só um modo de pensar empenhado em ligar e solidarizar conhecimentos separados ou desmembrados é capaz de prolongar-se numa ética da dependência e solidariedade entre os seres humanos. Um pensamento capaz de integrar o local e o específico em sua totalidade, de não permanecer fechado no local e nem no específico, que seja apto a favorecer o sentido da responsabilidade e da cidadania. (MORIN, 2013, p. 28)

RESUMO

Os recursos terapêuticos das Plantas Medicinais e Fitoterapia em Práticas Integrativas e Complementares (PICs) estão regulamentados pela Portaria 971, de 03 de maio de 2006, que recomenda incentivos ao desenvolvimento comunitário participativo, uma estratégia importante, tanto para o meio ambiente, quanto para a atenção integral à saúde. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a produção do cuidado em saúde através da aplicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) Plantas Medicinais e Fitoterapia em Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Juazeiro/BA. O quadro teórico aborda aspectos da transdisciplinaridade que buscam sistematizar o conhecimento da complexidade do cuidado em saúde. O estudo adotou a metodologia de pesquisa qualitativa e o trabalho de campo foi realizado em áreas urbanas no primeiro semestre de 2016, com uma amostra composta por 50 participantes. Foram realizadas observação participante, entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo conforme Bardin. Os resultados apontam falta de alinhamento conceitual sobre as diretrizes da PNPIC e produção do cuidado com oferta de produtos relacionados à fitoterapia na ESF. Observa-se que as práticas populares com plantas medicinais existentes nas comunidades são promovidas apenas pelos guardiões. Verifica-se a presença de dificuldades associadas à formação, que impossibilita aos profissionais de saúde aplicar conhecimentos na área de plantas medicinais e fitoterapia, confirmando que, ideologicamente, suas formações são voltadas para práticas de medicalização no modelo biomédico. As potencialidades analisadas como favoráveis ao desenvolvimento da fitoterapia, no âmbito da ESF, encontram limitações pela ausência de mecanismos da gestão dos recursos naturais. Por conseguinte, a territorialização das PICs não é compreendida como uma estratégia das micropolíticas para a reorganização do modelo de atenção à saúde, com novas tessituras. Conclui-se que o conhecimento da PNPIC no território da ESF, tanto na esfera gerencial, como nas relações de produção do cuidado, é relevante para a sua efetivação. Portanto, o diálogo é uma possibilidade de religação dos saberes visando conscientização e movimentos de aproximação do sistema convencional e popular de atenção à saúde que possibilite um modelo construído pela diversidade, no contexto local.

Palavras-chave: Plantas Medicinais. Terapias Complementares. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The therapeutic capabilities of Medicinal Plants and Herbal Medicine in Integrative and Complementary Practices (PICS) are regulated by Decree 971 of 03 May 2006, which recommends incentives to participatory community development, an important strategy for both the environment and for the comprehensive health care. This research aims to analyze the production of health care through the implementation of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) Medicinal Plants and Herbal Medicine in the Family Health Strategy (ESF) in Juazeiro/BA. The theoretical framework addresses aspects of transdisciplinary seeking to systematize the knowledge of the complexity of health care. The study adopted a qualitative research methodology and fieldwork was carried out in urban areas in the first half of 2016 with a sample of 50 participants. They were conducted participant observation, semi-structured interviews and content analysis according to Bardin. The results indicate a lack of conceptual alignment on the directives of PNPIC and production of the care product offering related to herbal medicine in the ESF. It is observed that the popular practices for medicinal plants existing in the communities are promoted only by guardians. There is the presence of difficulties associated with the formation, which prevents health professionals apply knowledge in the field of medicinal and herbal plants, confirming that, ideologically, their formations are geared towards medicalization practices in the biomedical model. The potential analyzed as favorable to the development of herbal medicine within the ESF, are limited by the absence of mechanisms of management of natural resources. Therefore, the territorialisation of PICs is not understood as a strategy of the micro to the reorganization of the health care model, with new tessitura. It follows that knowledge of PNPIC within the ESF, both in management sphere, as in the care production relations, is relevant to its effectiveness. Therefore, dialogue is a possibility of reconnection of knowledge aiming at awareness and movements approaching the conventional and popular system of health care that enables a model built for diversity in the local context.

Keywords: Medicinal Plants. Complementary therapies. Family Health Strategy.

RESUMEN

Las capacidades terapéuticas de las plantas medicinales y hierbas medicinales en la PNPIC (PICS) están regulados por el Decreto 971 del 03 de mayo de 2006, que recomienda incentivos para el desarrollo comunitario participativo, una estrategia importante, tanto para el medio ambiente y para la atención integral de salud. Esta investigación tiene como objetivo analizar la producción de atención de la salud a través de la implementación de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC) plantas medicinales y hierbas medicinales en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en Juazeiro/BA. El marco teórico que aborda los aspectos de la transdisciplinario tratando de sistematizar el conocimiento de la complejidad de la atención sanitaria. El estudio adoptó una metodología de investigación cualitativa y el trabajo de campo se llevó a cabo en las zonas urbanas en la primera mitad de 2016 con una muestra de 50 participantes. Ellos se llevaron a cabo la observación participante, entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido según Bardin. Los resultados indican una falta de alineación conceptual sobre las directivas de PNPIC y la producción de la oferta de productos relacionados con el cuidado de la medicina herbal en la ESF. Se observa que las prácticas populares para las plantas medicinales existentes en las comunidades son promovidos solamente por tutores. No es la presencia de dificultades asociadas con la formación, lo que impide que los profesionales sanitarios se aplican los conocimientos en el campo de las plantas medicinales y hierbas, lo que confirma que, ideológicamente, sus formaciones se orientan hacia prácticas medicalización en el modelo biomédico. El potencial analizada como favorable para el desarrollo de la medicina a base de hierbas dentro del ESF, están limitados por la ausencia de mecanismos de gestión de los recursos naturales. Por lo tanto, la territorialización de los PIC no se entiende como una estrategia de la micro a la reorganización del modelo de atención de la salud, con la nueva tesitura. De ello se desprende que el conocimiento de PNPIC dentro del ESF, tanto en la esfera de gestión, como en las relaciones de producción de cuidado, es relevante para su eficacia. Por lo tanto, el diálogo es una posibilidad de reconexión del conocimiento cuyo objetivo es sensibilizar y movimientos de aproximación al sistema convencional y popular de la asistencia sanitaria que permite un modelo construido por la diversidad en el contexto local.

Palabras clave: Las plantas medicinales. Las terapias complementarias. Estrategia Salud de la Familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 –	Xarope para gripe preparado com Mastruz (<i>Chenopodium ambrosioides</i>), (Tanchagem <i>Plantago major</i>) e Calêndula.....	103
Figura 02 –	Xaropes para gripe, bronquite e gastrite.....	103
Figura 03 –	Canteiro com Padrão: 1,0 m x 6,0 m da Horta comunitária do CSU.....	115
Figura 04 –	Canteiro: 10x10 m da Horta comunitária do João Paulo I.....	115
Figura 05 –	Espécie: Aroeira (<i>Myracrodruon urundeuva</i>).....	130
Figura 06 –	Espécie: Mulungu (<i>Erythrina mulungu</i>).....	130
Figura 07 –	Espécie: hortelã (<i>Mentha spicata</i>).....	131
Figura 08 –	Espécies medicinais da horta comunitária do João Paulo II: Arruda (<i>Ruta graveolens</i>) e Erva doce (<i>Pimpinella anisum</i>), respectivamente.....	131
Figura 09 –	Babosa (<i>Aloe vera</i>) e Capim santo (<i>Cymbopogon citratus</i>), Milindro (<i>Asparagus setaceus</i>) e Malvão (<i>Coleus amboinicus</i>), respectivamente.....	132
Figura 10 –	Modelo para as PICs plantas medicinais e fitoterapia.....	149

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Pessoas cadastradas nas áreas escolhidas.....	25
Quadro 02 – Guardiões/Agricultores urbanos.....	25
Quadro 03 – Apresentação da distribuição dos 13 artigos analisados, quanto ao título e ao (s) autor (es).....	35
Quadro 04 – Caracterização dos artigos analisados.....	37
Quadro 05 – Caracterização da abordagem metodológica dos artigos revisados: intervenções realizadas, instrumentos, duração, métodos.....	39
Quadro 06 – Motivações para pesquisas envolvendo PICs plantas medicinais e fitoterapia.....	40
Quadro 07 – Conclusões e recomendações dos estudos revisados justificadas com base nos resultados.....	47
Quadro 08 – Propostas encontradas e análise dos aspectos potencializadores delas.....	105
Quadro 09 – Outras propostas encontradas e análise dos aspectos potencializadores delas.....	110
Quadro 10 – Espécies vegetais citadas pelos entrevistados e os respectivos nomes (popular e científico), indicações segundo esses participantes, propriedades medicinais de acordo com a literatura consultada, partes utilizadas, formas de preparo e de uso.....	117
Quadro 11 – Atores e formas de ação no contexto das PICs.....	149

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
BPPF	Boas Práticas de Preparação de Fitoterápicos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CERPRIS	Centro Regional de Reabilitação, Prevenção e Inclusão Social
CSU	Centro Social Urbano
CIPLAN	Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional das Plantas Medicinais e dos Fitoterápicos
PPPM	Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	METODOLOGIA.....	23
1.1	Classificação ou tipologia.....	23
1.2	Caracterização da área de estudo.....	24
1.3	Amostragem.....	25
1.4	CrITÉrios de inclusão.....	26
1.5	CrITÉrios de exclusão.....	26
1.6	Procedimentos metodolÓgicos.....	26
1.6.1	Os procedimentos metodolÓgicos para cada objetivo.....	27
1.7	Instrumentos de coleta de dados.....	28
1.8	Análise dos dados.....	28
1.9	Considerações éticas.....	29
2	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	31
2.1	Um pouco da história das práticas com plantas medicinais.....	31
2.2	Panorama internacional e nacional das PICS.....	32
2.3	Abordagens metodolÓgicas da revisão integrativa da literatura a respeito das práticas com plantas.....	34
2.4	Achados e discussão da revisão integrativa.....	35
2.4.1	Aspectos que estruturaram a categoria perfil dos estudos.....	35
2.4.2	Estrutura da categoria motivações dos estudos sobre práticas integrativas e complementares plantas medicinais.....	40
2.4.3	Considerações da revisão.....	50
3	A TRAJETÓRIA DAS LUTAS POLÍTICAS E SOCIAIS PELA SAÚDE....	52
3.1	Atenção à saúde das pessoas e os avanços históricos deste campo.....	52
3.2	Modelos assistenciais na saúde: do médico-privativista à ESF.....	54
3.2.1	Promoção de saúde e qualidade de vida.....	57
3.2.2	Práticas de saúde no paradigma da integralidade.....	59
3.3	O cuidado integral e as práticas de saúde.....	63
3.4	O cuidado com plantas medicinais no modelo biomédico.....	67
3.5	TerritÓrio, modos de vida e situações de saúde.....	71
3.6	Organizações e micropolíticas.....	73
3.6.1	Micropolíticas na produção do cuidado em saúde.....	75

3.7	Planejamento estratégico situacional.....	76
3.8	Processo educativo para PICS na ESF.....	78
3.8.1	O cuidado em saúde com uso de plantas medicinais.....	80
4	OS GUARDIÕES, A MEDICINA POPULAR, A MEDICINA OFICIAL E AS PERSPECTIVAS DE INTEGRAÇÃO DOS SABERES EM UM CONTEXTO	82
4.1	Os guardiões e o cuidado que oferecem.....	82
4.2	A medicina popular e suas técnicas.....	84
4.3	A medicina do modelo oficial de saúde.....	86
4.4	A perspectiva de integração das práticas informais com as formais no cuidado com a saúde.....	87
4.5	Profissionais de saúde e guardiões no contexto de Juazeiro/BA.....	90
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	93
5.1	Perfil dos participantes.....	93
5.2	Alinhamento das práticas com plantas medicinais e fitoterapia com as diretrizes da política nacional de práticas integrativas e complementares.....	94
5.3	Dificuldades e potencialidades para as práticas integrativas e complementares plantas medicinais e fitoterapia.....	105
5.4	A territorialização estruturante da gestão das práticas com plantas medicinais.....	134
	CONCLUSÕES.....	151
	REFERÊNCIAS.....	155
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	168
	ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	169
	ANEXO C – TERMO DE CONCESSÃO.....	170
	ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA.....	171
	ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	172

INTRODUÇÃO

No campo da biomedicina, adotar práticas com plantas medicinais e fitoterapia, nos serviços de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, das práticas populares realizadas por guardiões tradicionais que manipulam esses recursos naturais utilizados como remédios. É preciso que os guardiões sejam reconhecidos pelo papel social que desempenham e se reconheçam integrados a esse campo para serem solidários na realização das práticas, que exigem uma articulação mútua e benéfica para todos. Primeiro, porque dentre outras coisas, o profissional de saúde precisa saber onde encontrar os recursos naturais e, segundo, porque encontrar plantas medicinais, na zona urbana, exige uma busca por agricultores que cultivam as espécies, nas hortas comunitárias.

Com este entendimento, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) podem fazer parte do cuidado em saúde, o que justifica o desenvolvimento do estudo sobre esta temática. Uma escolha que passa por motivações: pessoais, profissionais e ideológicas de uma vida de reflexões sobre a teia de possibilidades reais e/ou potenciais que move estruturas, para a construção de uma nova realidade do cuidado desejável, sustentável e humanizado.

O interesse pessoal deve-se à convicção de que movimentos sociais podem ser organizados e têm poder se estiver presente o desejo por alguma coisa. Assim, se as pessoas das comunidades desejarem a apropriação dos recursos naturais, plantas medicinais e fitoterapia, elas podem se articular e mobilizar estruturas macro e micropolíticas, internas e externas para transformação do contexto onde estão.

Dentre as razões para a escolha do cenário, uma delas é que o município é base de atuação profissional da pesquisadora, nas áreas de Educação para a Saúde e Gestão do trabalho. A outra, é que a área já foi objeto de investigações anteriores, realizadas por ocasião da produção do mestrado. Entre os produtos, destaca-se a dissertação defendida em 2012, a qual consistiu de uma pesquisa em comunidades rurais sobre a territorialidade e a reapropriação social da natureza pelo uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos, que revelou representações identitárias da vida cotidiana das pessoas e a caracterização de plantas medicinais com valor de uso e preservação das tradições na memória popular.

A relevância deste trabalho está no caráter reflexivo para participações e ações que estabeleçam elos entre conhecimento popular e científico de forma crítica em diferentes níveis

e de forma a propiciar o fortalecimento das práticas da biomedicina, com estímulo para novos horizontes de modelo de atenção.

Nesta perspectiva, a presente tese foi desenvolvida com profissionais de saúde e agricultores urbanos (aqui denominados como Guardiões do conhecimento da medicina popular). O desafio passou pelos esforços que foram empreendidos em busca do sentido dado, pelos participantes da pesquisa, ao processo de trabalho, de forma a oportunizar reflexões sobre as possibilidades de reorganização das práticas na Atenção Básica de Saúde.

Na organização do modelo de atenção à saúde, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) Plantas Medicinais e a Fitoterapia estão inseridas no cuidado em saúde pela capacidade que possuem de reforçar as demais práticas, especialmente no campo da Atenção Básica. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Atenção Básica é representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), como um modelo de organização das ações embasado nos preceitos do SUS, que considera o sujeito/usuário em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural.

Em corroboração o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) afirma que a presença da fitoterapia nas práticas da ESF, contribui para a qualidade de vida, entendida como saúde, em um determinado território. Semelhantemente, a ESF favorece a fitoterapia, no sentido de dar maior visibilidade ao uso de plantas medicinais nas comunidades, a partir do reconhecimento das tradições e de uma maior abertura para o “saber fazer” local, que aflora não só como instrumento terapêutico, mas também, como uma forma de identidade das pessoas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) pontua que atualmente incentiva-se a Agricultura Urbana (AU) com a participação familiar nas cadeias produtivas das plantas medicinais e fitoterápicos como estratégia fundamental para garantir insumos e produtos, para a ampliação de mercados e melhor distribuição da riqueza. Nesta perspectiva, para esta fonte:

[...] o desenvolvimento do setor das plantas medicinais e dos fitoterápicos pode se configurar como importante estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais existentes em nosso país, podendo prover a necessária oportunidade de inserção sócio-econômica das populações de territórios caracterizados pelo baixo dinamismo econômico e indicadores sociais precários. É nessa linha que medidas de estruturação de cadeias e arranjos produtivos locais, voltados à exploração agrícola e comercial de plantas medicinais e fitoterápicos, podem contribuir para a diminuição de discrepâncias de concentração de renda em regiões com menos oportunidade para inclusão econômica e social (BRASIL, 2006a, p. 16).

Devido ao fomento do governo Federal para a PNPIC, estão surgindo os hortos de plantas medicinais para programas públicos de fitoterapia em alguns municípios brasileiros,

destacando-se os do Estado do Ceará. Para Matos (2000), a implantação de hortos municipais com espécies de plantas medicinais para atender às demandas dos programas no SUS tornará possível a utilização de recursos naturais em busca de qualidade de vida, ou seja, de mais saúde.

Na perspectiva de implantação das práticas com fitoterapia e plantas medicinais em serviços de saúde como a ESF, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) orienta providências tais como: regulamentação do cultivo; manejo sustentável; produção; distribuição e o uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos, considerando-se as experiências da sociedade civil, nas suas diferentes formas de organização; garantia de promover a segurança, eficácia e qualidade ao acesso das plantas medicinais e dos fitoterápicos.

Assim, o papel ativo do território aponta três principais perspectivas indissociáveis entre si para a análise dos condicionantes das políticas públicas: o território herdado, o território praticado e o território usado, em aspectos, facilitadores, multiplicadores de atores distintos para a coordenação e articulação de ações visando a superar limitações e dificuldades de políticas públicas (RIBEIRO, 2014).

Desse modo, uma condição, para que a política em análise se efetive, é existir empoderamento das forças interessadas nas PICs plantas medicinais e fitoterapia, de modo que sejam estimulados movimentos para sua gestão. Portanto, é preciso que haja uma participação social para reivindicar estas intervenções terapêuticas no atendimento às necessidades das pessoas, dentro do processo saúde-doença.

A explicação é de que pela participação social é possível se desencadear as possíveis transformações nas práticas do cuidado de um modelo de atenção à saúde, que ocorram através da gestão descentralizada, o que envolve e se fundamenta na comunicação dialógica, embasada em Boff (2012), para organizar um modelo estabelecido não na medicina que detenha o monopólio da cura e da compreensão da complexa condição humana, ora sã, ora enferma. E sim, na medicina que além de reconhecer todo o valor das terapias conhecidas, da eficácia dos fármacos, ainda reconheça que existe um complemento daquilo que já existe e é oriundo de outra fonte de cura.

Neste entendimento, o modelo oficial de atenção à saúde precisa passar por um processo de reorganização, pois, ainda enfrenta desafios que exigem uma aproximação efetiva entre a teoria e a prática que se busca pesquisar para ampliar possibilidades não só pela necessidade de avanço do conhecimento científico das práticas com plantas medicinais e

fitoterapia, mas pelas perspectivas da sua aplicação nas ofertas terapêuticas às comunidades locais.

Para tanto, foram utilizadas muitas contribuições teóricas na construção do objeto de estudo, em função da sua origem transdisciplinar. Tal construção foi ancorada por conhecimentos de ciências como: Saúde Coletiva; Educação; Geografia; Filosofia; Sociologia; Legislação do Sistema Único de Saúde e Planejamento Estratégico, entre outros, que exigem conceituações específicas no sentido de estabelecer o diálogo para a execução do que se propõe.

Para Morin (2013), a transdisciplinaridade só representa uma solução, quando se liga a uma reforma do pensamento. Por essa razão, com vistas a superar a separação e o reducionismo do conhecimento, adotou-se o paradigma da complexidade que contém a diversidade e também permite compreendê-la para se tecer um fio capaz de unir os saberes. Dessa forma, desenha-se uma configuração capaz de responder às expectativas, necessidades e interrogações do percurso. Segundo este autor:

[...] é preciso aprender a religar. A (re) ligação constitui de agora em diante uma tarefa vital porque se funda na possibilidade de regenerar a cultura pela (re) ligação das culturas separadas: a das ciências e a das humanidades. Esta (re) ligação nos permite contextualizar corretamente, assim como refletir e tentar integrar nosso saber na vida (MORIN, 2013, p. 73).

Morin (2013) explica, também, que é preciso uma reforma do pensamento, para que a lógica clássica seja substituída pela dialógica, a qual é capaz de conceber noções simultaneamente complementares e antagônicas, para que o conhecimento das partes ao todo seja completado pelo reconhecimento do todo no interior das partes.

Esse entendimento é imprescindível, quando se trabalha o cuidado integral, um ideal a ser alcançado na atenção à saúde. Neste sentido, é preciso reconhecer a contribuição das Políticas públicas. Em especial, daquelas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tratam da Fitoterapia e das Plantas medicinais, em práticas emergentes a partir da Portaria de nº 971 de 03 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e do Decreto nº 5813 de 22 de junho de 2006, que aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

Sabe-se que para a implantação da PNPIC, considerando as relações produtoras do cuidado no processo de trabalho da ESF, é preciso o suporte das demais políticas públicas de saúde, como a Política de Atenção Básica, já consolidada em Juazeiro/BA. Nesse aspecto, a

literatura aponta, a priori, que neste cenário haveria condições para ofertar as PICs, como opção terapêutica, democrática e acessível aos usuários do serviço.

Com base no exposto, para facilitar o processo investigativo, se insere as seguintes questões norteadoras: o conhecimento existente nas comunidades, sobre as práticas terapêuticas com as plantas medicinais, está alinhado à PNPIC? Quais as potencialidades e dificuldades para a realização das práticas fitoterápicas, nas áreas estudadas? O modelo da ESF oferece condições para territorialização das Práticas Integrativas e Complementares plantas medicinais e fitoterapia?

Frente aos questionamentos, apresentam-se os seguintes pressupostos:

- a) Existe um conhecimento reduzido sobre as práticas populares e faltam investimentos em políticas locais que visem ao emprego das Práticas Integrativas e Complementares plantas medicinais e fitoterapia na Estratégia de Saúde da Família;
- b) Não obstante haja a medicina popular e o cultivo das espécies seja reconhecido como mecanismo de geração de trabalho e renda, a cadeia produtiva das plantas medicinais ainda é pouco explorada como uma fonte de recurso terapêutico;
- c) Para a territorialização das Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia é necessário saber as causas dos conflitos existentes e os consensos possíveis entre grupos sociais que desejem fazer a gestão destes recursos;
- d) Já existe o reconhecimento de que as práticas de saúde com utilização das plantas medicinais ganharam status de Política, sendo imprescindível que se faça a discussão dessa temática localmente, com os sujeitos sociais envolvidos no processo de produção do cuidado e indicação desses recursos. Assim, defende-se a tese do diálogo dos saberes entre profissionais da saúde e guardiões da medicina popular como forma de favorecer a realização das Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia e a transformação da Estratégia de Saúde da Família pela reorganização do modelo de atenção.

Dessa forma, os objetivos serão:

- a) Objetivo geral: analisar a produção do cuidado em saúde através da aplicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia nas áreas das Estratégias de Saúde da Família em Juazeiro/BA.

- b) Objetivos específicos: Fazer o alinhamento do conhecimento sobre as práticas com plantas medicinais existente na comunidade com as diretrizes da PNPIC; identificar as principais potencialidades e dificuldades para realização das Práticas Integrativas e Complementares Plantas medicinais e fitoterapia em ESF; Discutir a territorialização como forma de estruturação da gestão das PICs plantas medicinais e fitoterapia no âmbito comunitário.

Na organização do trabalho, a tese se insere na linha de pesquisa, “Planejamento e Gestão de Zonas Semiáridas e Ecossistemas Limítrofes”, do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento e meio Ambiente (PRODEMA), da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e está estruturada em cinco capítulos, a partir da introdução, que apresenta o tema, as motivações e a problemática para a construção do objeto e dos objetivos.

O primeiro capítulo apresenta as concepções teórico-metodológicas que sustentam as análises e argumentações das categorias empíricas da investigação.

O segundo capítulo apresenta o conteúdo de uma revisão integrativa da literatura sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), Plantas Medicinais e Fitoterapia considerando-se que esta é importante porque determina o estado da arte sobre essa temática específica. Foram utilizados procedimentos de análise e síntese dos resultados de estudos sobre o assunto, realizados em diversos contextos por diferentes pesquisadores. Foram evidenciadas as contribuições e recomendações dos autores no sentido de que estas venham a reforçar o entendimento da necessidade de qualificação para as práticas de atenção à saúde, as metodologias, as possíveis críticas, entraves e sugestões no desenvolvimento de novos estudos sobre as PICs.

O terceiro capítulo apresenta a trajetória das lutas políticas e sociais pela saúde em busca do cuidado integral e da visibilidade das PICs. Inicia-se fazendo uma análise das mudanças temporais e históricas que ocorreram nos modelos de atenção à saúde das pessoas. Enfoca-se a integralidade, a qualificação das práticas de saúde e o cuidado com plantas medicinais como possibilidades de reorientação do modelo biomédico para a atenção à saúde como um direito do cidadão que ainda precisa ser plenamente conquistado. Destacam-se o território, os modos de vida, as situações de saúde e as organizações contextuais como importantes para ação das micropolíticas da produção do cuidado de forma horizontalizada e pela construção do planejamento estratégico em saúde. Conclui-se que todo esse processo demanda desejo das pessoas, como essencial ao desenvolvimento das PICs na ESF.

O quarto capítulo trata a respeito dos guardiões, da medicina popular e oficial e das perspectivas de integração dos saberes informais e formais. Destaca o cuidado que os guardiões oferecem e suas técnicas nas práticas frente à medicina oficial de saúde e as práticas do modelo biomédico.

O quinto capítulo mostra os resultados da investigação. Faz o alinhamento das práticas com plantas medicinais da comunidade com as diretrizes da PNPIC; evidencia as dificuldades e potencialidades para estas PICs; discute a perspectiva de territorialização das práticas com plantas medicinais como uma técnica de estruturação para a reorganização do modelo da ESF.

Chegou-se à conclusão de que o conhecimento da PNPIC no território da ESF, tanto na esfera gerencial, como nas relações de produção do cuidado, é a chave para a sua efetivação, e precisa ser dialogado.

1 METODOLOGIA

Com o propósito de responder aos objetivos específicos para esta investigação, apresenta-se o percurso metodológico que foi utilizado para o seu desenvolvimento.

1.1 Classificação ou tipologia

Trata-se de uma pesquisa social descritiva, exploratória e qualitativa. Conforme Gil (2012), o primeiro cuidado do pesquisador é descrever os dados obtidos no conjunto das observações. Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Mostra-se como tipo de abordagem mais adequada para estudar um objeto complexo no que se refere às concepções e práticas comunicativas dos sujeitos sob investigação, ao elucidar aspectos que não podem ser mensurados, pois envolvem sentimentos, percepções e relações dos sujeitos da pesquisa. Segundo esta autora:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] este tipo de método além de desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014, p. 57).

Ao discutir os problemas epistemológicos entre métodos, para superação das dicotomias, Minayo (2014) explica que, diante de um objeto complexo, especificidades metodológicas não se dissolvem completamente e continuam a existir no trato com questões que exigem uma e outra abordagem, para produzir a unidade sintética do múltiplo e do uno.

Dessa forma, em torno do objeto aprofundam-se as reflexões em busca de compreendê-lo e explicá-lo em suas múltiplas dimensões, com métodos que combinam diálogo inter ou transdisciplinar.

No paradigma da complexidade, conforme Morin (2003), o método é definido pela possibilidade de encontrar, nos detalhes da vida concreta e individual, fragmentada no mundo, a totalidade de seu significado. Para este autor:

[...] o caminho certamente se inicia a partir de algo e também prefigura um fim. É preciso, entender o lugar ocupado pela teoria e como ela se relaciona com o método. Uma teoria só cumpre o seu papel cognitivo, só adquire vida, com pleno emprego da atividade mental do sujeito. E é essa intervenção do sujeito o que confere ao termo método o seu papel indispensável. A complexidade é conservada à custa de uma recriação intelectual permanente (MORIN, 2003, p. 24).

Dessa forma trilha-se o percurso de um movimento em direção ao objeto empírico, no intuito de avançar no uso das técnicas, coletas e análises.

1.2 Caracterização da área de estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida na cidade de Juazeiro/BA, situada no norte do Estado da Bahia, localizada na região sub-médio da bacia do Rio São Francisco, que tem, como uma das suas divisas, no estado de Pernambuco, a cidade de Petrolina. Apresenta população de 216.588 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE (2014), dos quais 11.647 vivem nas áreas pertencentes às Estratégias de Saúde da Família (ESF) dos bairros escolhidos. No município existem 56 equipes, sendo que 38 destas estão na zona urbana e 19 na zona rural.

O campo empírico do estudo foram duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A do bairro João Paulo II e a do Centro Social Urbano, estrategicamente localizado para atender aos bairros: Alto do Alencar; Alto do Cruzeiro e Castelo Branco. As duas ESF escolhidas estão localizadas na zona urbana. A escolha das duas unidades ocorreu devido à existência de hortas comunitárias nos territórios onde estão localizadas, levando-se em conta o pressuposto de Matos e Lorenzi (2008) sobre o emprego de plantas medicinais e fitoterapia em serviços públicos de saúde.

Conforme Brasil (2012), o pesquisador Matos propôs uma possibilidade concreta de validação das plantas medicinais e dos fitoterápicos no Nordeste, a partir de seu projeto Farmácias Vivas, que visam a dar aportes aos serviços públicos de saúde. Tal projeto foi calcado em um rigor botânico, agrônômico e fitoquímico, em que o pesquisador cearense partiu dos indícios científicos existentes de eficácia e segurança de cada planta para sistematizar indicações, formas de preparo, administração e restrições de uso que prescindem da obrigatoriedade do desenvolvimento industrial e valida plantas medicinais comumente usadas pela população da região.

As ESF convidadas e que aceitaram participar do estudo são compostas por uma equipe do Centro Social Urbano (CSU); e por duas equipes do bairro João Paulo II. O número de profissionais das três equipes é de 38 pessoas, mas só 32 pessoas foram incluídas. A área de abrangência possui pessoas cadastradas pelas três equipes, distribuídas como mostra o quadro 01. O número de famílias pertencentes à Associação da horta comunitária do João Paulo II é de 120, mas só 12 pessoas foram incluídas. Na horta do CSU, o número de famílias agricultoras é de 10, mas foram incluídas apenas 06 pessoas, como mostra o quadro 02. A inclusão ou exclusão ocorreram conforme os critérios pré-estabelecidos.

Quadro 01 – Pessoas cadastradas nas áreas escolhidas.

EQUIPES	PESSOAS CADASTRADAS	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
João Paulo II - EQUIPE B	3.402	13
João Paulo II - EQUIPE C	3.037	11
CSU	5.208	14
TOTAL	11.647	38

Fonte: SIAB, Secretaria Municipal de Juazeiro/BA, 2015.

Quadro 02 – Guardiões/Agricultores urbanos

LOCALIDADE	FAMÍLIAS ASSOCIADAS	GUARDIÕES COM PERFIL DE PARTICIPANTE
Horta 01 – João Paulo II	120	12
Horta 02 – CSU	10	06
TOTAL	130	18

Fonte: Pesquisa de Campo 2015

1.3 Amostragem

A população-alvo foi integrada por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) e agricultores familiares (guardiões do conhecimento sobre plantas medicinais). Foram entrevistados homens e mulheres escolhidos por pertencerem às áreas do estudo e pela adesão espontânea ao convite, que após a explicação da natureza e finalidade do trabalho, aceitaram participar.

Definiu-se uma amostragem não probabilística e intencional que foi composta por 50 participantes (32 profissionais de saúde e 18 guardiões). No decorrer da pesquisa, esse número não foi modificado, pois as informações obtidas não necessitaram ser complementadas por outros informantes. Foi utilizado o critério da exaustividade para agrupar as informações repetidas.

A amostragem foi considerada suficiente com base no efeito da inclusão progressiva, permitindo aplicar o critério da exaustividade. Para Andrade (2002), uma amostra representativa por aproximações sucessivas é realizada para se chegar ao número ideal de amostra para a pesquisa qualitativa.

1.4 Critérios de inclusão

Para a amostragem dos participantes, foram tomados como critérios de inclusão aqueles profissionais de saúde pertencentes à ESF que são responsáveis pela realização direta do cuidado assistencial, preventivo ou de promoção da saúde.

A seleção dos agricultores da horta foi feita pela adesão espontânea da pessoa, durante a estadia da pesquisadora no local de investigação. Para a inclusão o participante deveria ser também um guardião dos conhecimentos tradicionais, ou seja, além de cultivar as espécies, ele faz a orientação/indicação do uso de plantas medicinais ou produtos fitoterápicos.

1.5 Critérios de exclusão

Para os profissionais de saúde pertencentes à ESF, os critérios de exclusão foram: pertencer ao serviço de apoio e administrativo, estar afastado para férias ou licença e não ter disponibilidade para colaborar com a investigação.

Para os agricultores da horta, os critérios de exclusão foram: não trabalhar com orientações/indicações de plantas medicinais e/ou que se recusaram a participar.

1.6 Procedimentos metodológicos

Para alcançar os objetivos específicos, inicialmente foram feitos 03 encontros, um com cada uma das pessoas que se ocupam das gerências de ESF de cada área. Depois foram feitos mais 06 encontros (02 com cada equipe), sendo que no primeiro foi apresentado o projeto e no segundo foi feito o agendamento das entrevistas individuais dos colaboradores, pessoas do segmento ESF. Já nas hortas foram realizados 04 encontros, com as pessoas que estavam

disponíveis e em momentos distintos para apresentação da pesquisadora e conhecimento dos informantes, objetivando estabelecer a relação de confiança necessária para a evolução da pesquisa. Nos encontros, foi mostrada a autorização do gestor municipal de saúde para realização da pesquisa e os documentos relativos ao atendimento das questões éticas. Na mesma oportunidade foram feitos os convites àqueles que desejassem colaborar como participante.

Os profissionais de saúde, após participarem dos encontros feitos separadamente com cada equipe, foram esclarecidos a respeito do projeto de pesquisa. Posteriormente, os que aceitaram participar foram abordados em seus locais de trabalho, em dias e horários diferentes, conforme disponibilidade indicada por eles. Os agricultores/guardiões foram abordados individualmente, no espaço da horta, para serem ouvidas as explicações necessárias sobre a investigação e os que aceitaram participar foram entrevistadas ao término de suas tarefas, em dias e horários diferentes agendados previamente.

Foram investigadas as características dos informantes para ser construído um perfil com os dados de interesse. Para os profissionais de saúde, foram anotadas: as iniciais do nome do participante; a idade; a categoria que representa; a escolaridade; a data de início de suas atividades junto à ESF e a especialização. Em relação aos guardiões foram anotadas: as letras iniciais do nome; idade; sexo; estado civil; número de filhos; grau de Instrução; tempo de residência no local; procedência; forma de aquisição do “lote” na horta; tempo e carga horária de trabalho diário. Importância do trabalho na horta, renda familiar; ocupação principal, cultivo e indicações das espécies.

1.6.1 Os procedimentos metodológicos para cada objetivo

Para o primeiro objetivo: fazer o alinhamento do conhecimento sobre as práticas com plantas medicinais existente na comunidade com as diretrizes da PNPIC, foram investigadas, dos profissionais da ESF, questões relativas às práticas populares com o uso de plantas medicinais existentes na comunidade tais como: os recursos plantas medicinais, a realização de indicações destas ou de fitoterápicos para os usuários da ESF e o motivo para indicações ou não de tais recursos; o uso e aceitação pessoal da fitoterapia; o entendimento da eficácia e segurança de indicações desta terapêutica, quando realizada por biomédicos.

Foram investigadas, também, questões relativas às práticas dos guardiões tais como: uso de plantas medicinais e “garrafadas/lambedores” como remédio; indicações para outras pessoas e quem são essas pessoas; plantas medicinais que utiliza/indica, como faz e se as espécies são encontradas na horta.

Para o segundo objetivo: Identificar as principais potencialidades e dificuldades para as Práticas Integrativas e Complementares Plantas medicinais e fitoterapia em ESF, foram investigados a disponibilidade dos recursos comunitários e os aspectos que favorecem a fitoterapia na Estratégia de Saúde da Família e oferecem condições para o cuidado com plantas medicinais, tais como as espécies usadas pela população independente das prescrições feitas por profissionais de saúde.

Para o terceiro objetivo: Discutir a territorialização como forma da estruturação de gestão das PICs plantas medicinais e fitoterapia no âmbito comunitário, investigou-se sobre o conhecimento do território e das necessidades de saúde e as opiniões sobre a reorganização das práticas de saúde para inserção das PICs nesse contexto.

1.7 Instrumentos de coleta de dados

As técnicas de investigação de abordagem qualitativa que foram eleitas neste estudo foram: revisão documental; entrevistas individuais e observação. A revisão documental ocorreu a partir da coleta de documentos oficiais sobre fitoterapia, como portarias, leis, regulamentos e normas do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro/BA.

A abordagem de campo foi realizada através de entrevistas gravadas, seguindo um roteiro semiestruturado, elaborado previamente, permitindo o diálogo entre pesquisador/pesquisado. A relação entre os atores sociais no campo foi construída através de um envolvimento compreensivo.

Foram utilizados, também, alguns instrumentos úteis em campo para registro das informações necessárias. Por exemplo, o caderno de campo, foi fundamental para disciplinar e desenvolver uma rotina de trabalho, sendo que tudo nele anotado ocorreu no momento da observação ou da revisão diária. Outros artefatos também foram utilizados para captar a

sutileza do campo, como a máquina fotográfica, que permitiu coletar imagens do cotidiano dos comunitários.

1.8 Análise dos dados

Nesta etapa da pesquisa, fez-se uma reflexão sobre o ponto de vista de Geertz (1989), quando este autor ressalta que, o pesquisador deve procurar observar as ações das pessoas com base na cultura e costumes locais, ou seja, a análise deve ser realizada e a interpretação feita de acordo com os costumes da própria comunidade. Assim, as habilidades se somam ao cuidado que se deve ter com os detalhes observados em campo. Dessa forma, procurou-se observar, em cada fala, os gestos feitos os quais serão agregados às transcrições para análise.

Os dados qualitativos foram analisados, segundo Bardin (2011), pela técnica de análise de conteúdo, que considera o material de estudo um dado, isto é, um enunciado imobilizado, manipulável e fragmentável e caracteriza a análise qualitativa fundada na presença do índice (tema, palavra e personagem, dentre outros) e não sobre a frequência da sua aparição em cada comunicação individual.

As quantificações apresentadas resultam da análise estatística descritiva dos dados que contribuíram para a caracterização do perfil dos entrevistados. Os dados foram tabulados, para sua totalização em cada categoria de análise.

1.9 Considerações éticas

O estudo encontra-se de acordo com os referenciais básicos da bioética, apresentados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia; não maleficência; beneficência e justiça, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O projeto através do termo de confidencialidade se comprometeu a guardar sigilo absoluto sobre todos os dados da pesquisa, (anexo A). Obteve: carta de anuência e termo de concessão da Secretaria Municipal de Juazeiro/BA, (anexos B e C); consentimento dos

colaboradores formulado em um termo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo qual foi autorizada a sua participação voluntária na pesquisa após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previsto, potenciais riscos e o incômodo que esta poderia acarretar (anexo D); e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEPE da UPE, com o Parecer de número: 1.478.253 (anexo E).

2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), surgiram no cenário global após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, no ano de 1978. Como Política Pública de saúde, no Brasil, foi aprovada em 2006, na perspectiva de fortalecimento das práticas alopáticas e, assim, vem ganhando espaço no âmbito do SUS.

2.1 Um pouco da história das práticas com plantas medicinais

Na história da humanidade, as plantas medicinais usadas nas práticas de cuidados com a saúde estiveram presentes em diferentes culturas e desafiaram o tempo, perdurando até os dias atuais. Contemporaneamente, existem vários estudos realizados em todas as regiões do Brasil, sobre esta temática. Em busca de conhecer o conteúdo dessas investigações, colocou-se a seguinte questão norteadora, para a presente revisão integrativa da literatura: qual o perfil, as motivações e as características das pesquisas sobre Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica de Saúde?

A hipótese é que as investigações devam ser bastante diversificadas quanto aos interesses em buscar conhecimentos sobre espécies, indicações, usos, eficácia e segurança, qualificação dos profissionais de saúde, aceitação da terapêutica e convivência entre as práticas de saúde do modelo biomédico e as práticas tradicionais populares, dentre outros.

Diante destas possíveis respostas, a revisão integrativa pode ser um caminho que leve à descoberta de experiências já vivenciadas por pesquisadores e que venha a mostrar as contribuições, abrangência, limites e possibilidades para que se responda à questão proposta.

Neste estudo, a importância de saber mais sobre as práticas integrativas e complementares, particulariza-se pela necessidade da compreensão de dimensões referentes, à utilização, à institucionalização e à legitimação dessas práticas em ESF, ao se considerar que, neste cenário, ainda é pouco conhecido o desenho da PNPIC, o que tem comprometido o diálogo dessa temática nesse território, assim como a trajetória a ser percorrida para a gestão das PICs como uma opção de atenção dentro da integralidade à saúde das pessoas.

Assim, buscou-se com esta revisão a identificação do perfil, das motivações, conclusões e recomendações que caracterizassem os estudos sobre Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica de Saúde.

2.2 Panorama internacional e nacional das PICS

Conforme Brasil (2009), durante o 1º Seminário Internacional de PICS, em uma mesa sobre as Práticas Integrativas e Complementares no contexto mundial, a coordenadora do departamento de medicina tradicional, da OMS, Xiaouri Zhang, participou como conferencista. No seu discurso, ela afirmou que a medicina tradicional passou por importantes mudanças. Entretanto, do seu conhecimento, ainda existe um grande número de pessoas, nos países em desenvolvimento ou desenvolvidos, que fizeram ou fazem uso de práticas complementares. Ela destacou países como: Alemanha; Canadá; França; Austrália; Estados Unidos; Etiópia; Benin; Índia; Ruanda; Tanzânia e Uganda.

Para a coordenadora, dentre uma série de práticas diferenciadas que a medicina tradicional oferece, a mais utilizada é a fitoterapia. Xiaouri Zhang esclareceu, ainda, que no Oriente, especialmente na China, a Medicina Tradicional é o sistema vigente, onde complementar é a alopatia. Ressaltou também que as diferenças de terminologia trazem toda uma carga cultural envolvida. Diante disso é que no Ocidente tende-se a chamar de Medicina Integrativa e Complementar, justamente porque, como indica o nome, vai integrar e complementar um sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Na definição de Otani e Barros (2011), é integrativa porque está associada a uma medicina da mudança e, para exercê-la, é necessário reorientar as crenças, experiências e práticas em relação à saúde. É preciso reorientar os conceitos, as formas de intervenção e o modelo de abordagem do processo saúde-doença-cuidado. Para a National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) (2013), é complementar porque geralmente se refere ao uso de uma abordagem não convencional em conjunto com a medicina convencional.

É oportuno dizer que há um contexto mundial favorável para as PICS. Conforme Brasil (2009), nos quatro países latino-americanos, Brasil, Cuba, México e Bolívia, há a incorporação das PICS ao sistema oficial de saúde. No Brasil, particularmente, existe a necessidade de incremento qualitativo e quantitativo da inserção das PICS no SUS, pois o

desenvolvimento recente da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aliado ao domínio histórico da medicina e das outras práticas de saúde convencionais no país, acarretam enormes desafios no que tange à formação e à capacitação de recursos humanos para esta área, de modo que cabe, de forma urgente, entre outras medidas, a inserção do ensino das PICs no ensino de graduação nos cursos de saúde; além da capacitação e aperfeiçoamento das equipes de saúde em todos os níveis do sistema.

O Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria GM Nº 971, de 03 de maio de 2006, (PNPIC) no SUS, as diretrizes e ações para inserção de plantas medicinais e fitoterapia, assim promovendo a institucionalização dessas práticas no SUS. Esta portaria tem como objetivo ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Uma vez que, existe grande potencial para o uso de plantas medicinais, vinculado ao etnoconhecimento e também, existe tecnologia para validar cientificamente os saberes comunitários. Assim, o interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a Fitoterapia no SUS.

Conforme Ceccim e Merhy (2009), diversos solos enlaçam-se pelo desejo de instituir práticas integrativas de atenção à saúde: o intercruzamento das necessidades biológicas e as de natureza existencial ou dos saberes humanísticos, agregando uma escuta sensível do outro e uma oferta de ambiência acolhedora e produtora da sensação de conforto, entre outras leituras/práticas necessárias da humanização; uma condição de rede instaurando possibilidades e potencialidades de uma comunidade ampliada pela pesquisa-ação de vários e diferentes portadores e produtores de saber, com sua linguagem ferramenta, ousadias e desobediências singulares; escuta aguda das realidades para compor saberes assessores; não preencher imaginários por “melhores verdades”, mas abrir experimentações; captar as práticas em ato, dar-lhes lugar, ampliar incisivamente a existência de linhas de conexão.

Conforme Brasil (2009), De Simoni, quando foi Coordenadora de Políticas e Práticas Complementares do Ministério da Saúde à época do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, em debates sobre a inserção destas, nos sistemas oficiais de saúde, afirmou que a ESF é prioritária para a organização da Atenção Básica (AB), pois possui princípios peculiares que são compatíveis com os do SUS¹. Ela deve: ter caráter substitutivo do modelo tradicional; atuar no território; desenvolver ações planejadas e

¹ Princípios do SUS como a universalidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, o vínculo, a continuidade, a integração com os demais níveis do sistema, a responsabilidade, a humanização, a equidade e a participação social.

programadas com base no diagnóstico situacional; integrar-se com instituições e organizações sociais; ser espaço de construção de cidadania. Nesse contexto, foi construída a PNPIC inclusiva, pautada na atenção primária. As demandas de regulamentação no Brasil das PICs estão presentes neste contexto desde a criação do SUS, em 1988.

Ao reafirmar os princípios do SUS, a ESF tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. As evidências atuais apontam um desenvolvimento satisfatório da estratégia, especialmente quando comparada às atividades de unidades anteriores, pela incorporação de novas práticas voltadas à família e comunidade, territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas com o objetivo de influenciar os determinantes sociais do processo saúde/doença (CONNIL, 2008).

Esse entendimento ajuda nas investigações sobre o sentido dado às PICs no contexto da ESF, como uma necessidade ao se considerar o contemporâneo conceito ampliado de saúde, como qualidade de vida das comunidades, que precisa ser compreendido e vivenciado dentro da complexidade da atenção integral.

2.3 Abordagens metodológicas da revisão integrativa da literatura a respeito das práticas com plantas

Tem como principal finalidade, o desvendamento dos conceitos e ideias característicos dos fenômenos, conforme orientado por (GIL, 2012) para abordagem qualitativa, baseada na revisão integrativa de literatura.

Conforme Whittemore (2005), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

Neste propósito, a seleção da amostra de trabalhos considerou os seguintes critérios: para inclusão aceitou-se artigos originais, revisões sistematizadas e relatos de experiências publicados no período de 2006-2014; para exclusão: rejeitaram-se os estudos cujo tema das

PICs não se configurasse como objeto central, e também os estudos que não estavam disponibilizados on-line no formato completo para análise.

A busca de trabalhos para a pesquisa dos dados ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde/Biblioteca Regional de Medicina (BVS/BIREME), site <www.regional.bvsalud.org>. Foi usada a sequência das seguintes palavras: “práticas integrativas e complementares plantas medicinais”. O procedimento seguinte foi selecionar o “método integrado” com a busca direcionada para a base SCIELO, site <<http://www.scielo.org>>.

Uma seleção inicial foi feita pela leitura dos títulos e resumos de trabalhos gerados, e ocorreu no período de 27 de março a 30 de abril de 2015. A partir da leitura dos resumos, foram pré-selecionados 20 artigos. Mas, seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão, os trabalhos completos resgatados, no final da seleção, o total foi fechado com apenas 13 artigos.

Após completar a amostra, a partir da organização dos dados e estruturação das categorias que responderam à questão que se investigava, procedeu-se a nova leitura atentando para os aportes teóricos, que deram sustentação aos estudos de revisão. A fim de facilitar a visualização do conteúdo a ser analisado, foram feitos quadros síntese.

2.4 Achados e discussão da revisão integrativa

2.4.1 Aspectos que estruturaram a categoria perfil dos estudos

O primeiro aspecto analisado foi o levantamento de títulos e autores dos artigos selecionados, que foram enumerados, conforme pode ser apresentado no quadro 03. Dentre os trabalhos, foram encontrados: um de divulgação; um de opinião; um de temas livres; sete artigos originais e três revisões sistematizadas. Em relação à autoria, os 13 trabalhos foram publicados por dois ou mais autores. Entre os autores, pelo menos um deles tem vínculo institucional público, com atuação em instituições de ensino superior.

Quadro 03 – Apresentação da distribuição dos 13 artigos analisados, quanto ao título e ao (s) autor (es).

(Continua....)

TÍTULOS	AUTORES
Artigo 01 – Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no SUS.	Santos, Renato de Lima; Guimarães, Geovani Pereira; Nobre, M.S.C.; Portela, Alyne da Silva.

TÍTULOS	AUTORES
Artigo 02 – Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras PICs.	Machado, Dayane Cordeiro; Czermainski, Silvia Beatriz Costa; Lopes, Edyane Cardoso.
Artigo 03 – Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da ESF de Teresina (PI), Brasil.	Fontenele, Rafael Portela; Sousa, Dayana Maria Pessoa de; Carvalho, André Luís Menezes; Oliveira, Francisco de Assis.
Artigo 04 – A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde.	Bruning, Maria Cecilia Ribeiro; Mosegui, Gabriela Bittencourt Gonzalez; Vianna, Cid Manso de Melo.
Artigo 05 – Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na ESF.	Varela, Danielle Sousa Silva; Azevedo, Dulcian Medeiros.
Artigo 06 – Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde.	Rosa, Caroline da; Câmara, Sheila Gonçalves; Béria, Jorge Umberto.
Artigo 07 – Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapeuta.	Tomazzoni, Marisa Ines; Negrelle, Raquel Rejane Bonato; Centa, Maria de Lourdes.
Artigo 08 – Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária.	Antonio, Gisele Damian; Tesser, Charles Dalcanale; Moretti-Pires, Rodrigo Otávio.
Artigo 09 – A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem.	Bastos, Rosângela Alves Almeida; Lopes, Ana Maria Cavalcante.
Artigo 10 – Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular da fitoterapia na rede básica de saúde: o olhar da enfermagem.	Badke, Marcio Rossato; Budó, Maria de Lourdes Denardin; Silva, Fernanda Machado da; Ressel, Lúcia Beatriz.
Artigo 11 – Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil.	Brasileiro, Beatriz Gonçalves; Pizzio, Virginia Ramos; Matos, Danilo Santos; Germano, Ana Maria; Jamal, Claudia Masrouah.
Artigo 12 – Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú – CE.	Silva, Maria Izabel G.; Ana Paula S.; Ila Fernanda S. Nunes; Francisca Cléa F. Sousa.
Artigo 13 – Revisão sistemática em fitoterapia: padronização internacional de qualidade.	Ralph Santos Oliveira; Gondim, Waldecir Colaço; Coulaud-Cunha, Simone; Castilho, Selma Rodrigues.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O segundo aspecto analisado foi a caracterização dos artigos, a partir da identificação do primeiro autor, periódicos em que os trabalhos foram publicados, ano de publicação, formação do primeiro autor, instituição sede do estudo e local da realização dele, conforme caracterização no quadro 04.

Quadro 04 – Caracterização dos artigos analisados.

(Continua...)

1º autor	Periódico /Ano da publicação	Formação do primeiro autor	Instituição sede dos estudos	Local da realização
Santos, Renato de Lima	Revista Brasileira Plantas Mediciniais. Vol. 13. Nº 04. Botucatu, 2011.	Médico Veterinário	Universidade Estadual da Paraíba	Bases de dados
Machado, Dayane Cordeiro	Saúde e debate. Vol. 36. Nº. 95. Rio de Janeiro. Oct./Dec. 2012	Farmacêutica	Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde – Cascavel (PR)	Gerências Distritais da Secretaria Municipal de Saúde
Fontenele, Rafael Portela	Ciênc. Saúde Coletiva. Vol.18 Nº.8. Rio de Janeiro. Aug. 2013.	Farmacêutico	Universidade Federal do Piauí	Estratégia de Saúde da Família
Bruning, Maria Cecília Ribeiro	Ciênc. Saúde Coletiva. Vol.17. Nº.10. Rio de Janeiro. Oct. 2012.	Fisioterapeuta	Universidade Paranaense (UNIPAR)	Bases eletrônicas: Scielo, Lilacs, Medlinee, Portal Capes
Varela, Danielle Sousa Silva	Trabalho, educação e saúde. Vol.12, nº.2, Rio de Janeiro, May/Aug. 2014	Enfermeira	Universidade Federal do Piauí	Estratégia de Saúde da Família
Rosa, Caroline da	Ciênc. Saúde Coletiva, vol.16, nº.1, Rio de Janeiro, 2011.	Farmacêutica	Universidade Luterana do Brasil - Canoas RS	Programa de Saúde da Família
Tomazzoni, Marisa Ines	Texto e contexto – Enferm., v.15, n.1, Florianópolis, jan./mar. 2006.	Enfermeira	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Serviços de Atenção á saúde Cascavel-PR
Antonio, Gisele Damian	Interface, vol.17, nº. 46, Botucatu, July/Sept. 2013	Farmacêutica	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Bases de dados: Scielo, Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science e Portal de Teses Capes
Bastos, Rosângela Alves Almeida	Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 14, número 02, páginas 21-28. 2010.	Enfermeira	Universidade Federal da Paraíba	Unidades de Saúde da Família (USFs)
Badke, Marcio Rossato	Esc Anna Nery, 2011, jan-mar; 15 (1):132-139	Enfermeiro	Universidade Federal de Santa Maria/RS	Unidade de Saúde da Família
Brasileiro, Beatriz Gonçalves	Rev. Bras. Cienc. Farm., vol.44, nº4, São Paulo, Oct./Dec. 2008.	Agrônoma	Universidade Federal de Viçosa - MG	Programa de Saúde da Família

1º autor	Periódico /Ano da publicação	Formação do primeiro autor	Instituição sede dos estudos	Local da realização
Silva, Maria Izabel G.	Rev. bras. farmacognosia., vol.16, nº4, João Pessoa, Oct./Dec. 2006	Farmacêutica	Universidade Federal do Ceará	Unidades de Saúde da Família
Oliveira, Ralph Santos	Rev. bras. farmacognosia. Vol.17 no.2 João Pessoa. Apr./June 2007	Farmacêutico	Universidade Federal de Pernambuco	Revisão Sistemática da publicação "Fundamentos Farmacológico-Clínicos dos Medicamentos de Uso Corrente" (Anvisa, 2004)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As formações encontradas para os primeiros autores foram: médico veterinário (um); farmacêutico (seis); enfermeiro (quatro); fisioterapeuta (um); agrônomo (um). Os periódicos e o número de artigos publicados em cada um foram: Revista Brasileira Plantas Medicinais (um); Saúde e debate (um); Ciênc. saúde coletiva (três); Trabalho; educação e saúde (um); Texto e contexto – enferm (um); Interface (um); Revista Brasileira de Ciências da Saúde (um); Esc Anna Nery (um); Rev. Bras. Cienc. Farm. (um) e Rev. bras. Farmacognosia (dois); O número de publicações conforme o ano foi: 2006 (dois); 2007 (um); 2008 (um); 2010 (um); 2011 (três); 2012 (dois); 2013 (dois) e 2014 (um).

As Instituições sedes dos estudos foram: seis Universidades do Nordeste (duas da Paraíba; duas do Piauí; uma do Ceará e uma de Pernambuco; quatro do Paraná sendo: três Universidades e uma Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. Duas Universidades do Rio Grande do Sul; e uma Universidade de Minas Gerais. Local da realização da pesquisa: bases de dados: Scielo, Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science e Portal de Teses Capes (três); Secretaria Municipal de Saúde (um); Unidades de Saúde da Família (oito) e Anvisa (um).

Conforme a região geográfica do país onde o estudo foi realizado, encontraram-se seis para a região Sul, seis para a região Nordeste e um para a região Sudeste. Na amostra não foram encontrados estudos para Centro-Oeste e Norte. As áreas/programas/Departamentos dos estudos foram: Farmácia; Neurofarmacologia; Ciências da Saúde; Saúde Coletiva; Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria; Fitotecnia; Energia Nuclear. Percebe-se com

este resultado, a contribuição desses programas para a produção do conhecimento das PICs, pois é deles a maioria dos trabalhos encontrados acerca desta temática.

O terceiro aspecto analisa o enfoque metodológico adotado, conforme caracterizado a seguir, no quadro 05.

Quadro 05 – Caracterização da abordagem metodológica dos artigos revisados: intervenções realizadas, instrumentos, duração, métodos.

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	LOCAL DAS INTERVENÇÕES	PERÍODO/DURAÇÃO
ARTIGO 01 – descritivo e qualitativo	Busca documental	Onde existam as práticas com plantas	Não informado
ARTIGO 02 – quantitativo	Questionários estruturados	Unidades de saúde	Outubro de 2010
ARTIGO 03 – quali-quantitativo	Questionário semiestruturado	Atenção Básica	Setembro de 2009 a junho de 2010
ARTIGO 04 – qualitativo	Busca em bases eletrônicas e entrevista estruturada	Unidades Básicas de Saúde	Fevereiro a julho de 2009
ARTIGO 5 – descritivo e qualitativo	Entrevista semiestruturada	Estratégia de Saúde da Família	Janeiro e fevereiro de 2011
ARTIGO 06 – qualitativo	Entrevista semiestruturada	Município no Rio Grande do Sul	Maio a agosto de 2006
ARTIGO 07 – pesquisa exploratório-descritiva de opinião	Entrevista semi-estruturada	Unidade de Saúde da Família (USF)	Dezembro de 2003 a fevereiro de 2004
ARTIGO 8 – qualitativo	Busca em bases eletrônicas	Scielo, Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science e Portal Capes	Janeiro a agosto de 2012
ARTIGO 9 – exploratório-descritivo e quanti-qualitativo	Questionário	USF	Abril a maio de 2006
ARTIGO 10 – exploratório e descritivo qualitativo	Entrevista semiestruturada e observação participante, diário de campo	USF	Março a junho de 2008
Artigo 11 – descritivo	Entrevistas estruturadas	Região de Governador Valadares, MG	Agosto a dezembro de 2002
Artigo 12 – quantitativo	Entrevista e questionário estruturado	USF	Agosto e setembro de 2002
Artigo 13 – Revisão Sistemática	Não informado	Não informado	Não informado

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A abordagem metodológica dos estudos aponta uma forte tendência para a realização de estudos qualitativos sobre a temática. Utiliza múltiplos métodos de coleta de dados e períodos variados de coleta.

O quarto e último aspecto do perfil analisado refere-se aos objetivos dos artigos. Os resultados apontam que os seus autores são preocupados com o tema, PICs plantas medicinais e fitoterapia, com foco na Saúde da Família. Investigaram as ações da fitoterapia em cuidados primários no SUS; o conhecimento do ambiente para a inclusão de fitoterápicos na assistência; os conhecimentos representações, intenção dos profissionais sobre esta prática terapêutica, sua utilização e as políticas públicas. Em dois estudos, a proposta era servir de apoio e incentivo para subsidiar a implantação da fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde, como atendimento primário. Os demais artigos também buscam a ampliação do conhecimento para o resgate e a valorização do saber popular por meio da obtenção de informações sobre as plantas medicinais utilizadas pela população urbana e o perfil de utilização e de prescrição desses medicamentos nas ESF.

2.4.2 Estrutura da categoria motivações dos estudos sobre práticas integrativas e complementares plantas medicinais

Através das motivações, os autores mostraram um crescente interesse nas Práticas Integrativas plantas medicinais e fitoterapia, como se observa no quadro 06.

Quadro 06 – Motivações para pesquisas envolvendo PICs plantas medicinais e fitoterapia. (Continua...)

REFERÊNCIA	MOTIVAÇÕES
Santos et al. (2011)	Evitar o uso inadequado dos fitoterápicos na prática medicinal, visando à distribuição e utilização destes medicamentos de forma racional.
Machado et al. (2012)	Conhecer se há um ambiente favorável na atenção básica para a inclusão de fitoterápicos na assistência farmacêutica municipal e, assim, subsidiar ações de planejamento local.
Fontenele et al. (2013)	Conhecer as várias dimensões da fitoterapia: cultura popular, a institucionalização, uso em serviços públicos de saúde, a aceitação e o reconhecimento, pelos envolvidos, nas práticas terapêuticas.
Bruning et al. (2012)	Levantar aspectos sobre a implantação da fitoterapia e sobre as necessidades conhecimentos dos profissionais de saúde, em relação à fitoterapia nas UBS como coadjuvante nos tratamentos alopáticos.

REFERÊNCIA	MOTIVAÇÕES
Varela e Azevedo (2014)	Investigar conhecimentos sobre fitoterápicos dos profissionais médicos possuem para sua prescrição na ESF e os fatores poderiam facilitar ou restringir a prescrição médica de fitoterápicos na ESF.
Rosa <i>et al.</i> (2011)	Compreender a propensão dos profissionais médicos em prescrever fitoterápicos no âmbito da atenção básica.
Tomazzoni <i>et al.</i> (2006)	Conhecer o poder curativo das plantas que não pode mais ser considerado apenas como tradição passada de pais para filhos, mas como ciência que vem sendo estudada, aperfeiçoada e aplicada por diversas culturas, ao longo dos tempos.
Antonio <i>et al.</i> (2013)	Explorar a Atenção Primária de Saúde como um ambiente favorável ao diálogo entre saberes, técnicas, tradições e racionalidades diversas em saúde para aumentar os recursos terapêuticos, resgatar saberes populares, preservar a biodiversidade, educação ambiental e popular, agroecologia e desenvolvimento social.
Bastos e Lopes (2010)	Discutir a implantação e o fortalecimento da Fitoterapia na rede de saúde visando atender às necessidades sociais que visualizam a promoção, prevenção e recuperação da saúde, no âmbito da atenção primária.
Badke <i>et al.</i> (2011)	Estabelecer um elo entre o conhecimento popular e o conhecimento científico.
Brasileiro <i>et al.</i> (2008)	Mostrar uma proposta de tratamento complementar com inclusão da fitoterapia no PSF que pode resultar não só em benefícios para a saúde, mas também em benefícios de ordem econômica.
Silva <i>et al.</i> (2006)	Discutir a implantação do Programa Farmácias Vivas para a produção dos medicamentos fitoterápicos e a dispensação dos produtos à comunidade nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família, mediante prescrição medicamentosa do profissional de saúde.
Oliveira <i>et al.</i> (2007)	Mostrar que Sob o aspecto da fitoterapia, se torna de fundamental importância, a Revisão Sistemática da literatura, principalmente devido à infinidade de estudos que apresentam dados bastantes discrepantes uns dos outros.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As motivações da presente revisão trouxeram discussões teóricas que abordaram as PICs Plantas Medicinais e fitoterapia possibilitando conhecer bases conceituais e categorias analíticas dos estudos.

Entre as categorias analíticas que emergiram, destacam-se: utilização das plantas medicinais; conhecimentos, formação, capacitação dos profissionais sobre a fitoterapia e sua prescrição na ESF; inserção, implantação e implementação da fitoterapia no SUS; Políticas

Públicas, Programas e Leis da fitoterapia nos serviços de Atenção Primária da Saúde brasileira; importância da fitoterapia; benefícios que a mesma oferece ao sistema público de saúde; fatores que poderiam facilitar ou restringir a prescrição de fitoterápicos na ESF ou dificuldades encontradas para a terapêutica nas ESF; resgate da valorização do saber popular; intenção de uso dessa terapia; método de fornecimento de dados sobre a eficácia de um produto fitoterápico.

A utilização das plantas medicinais é colocada por Bruning *et al.* (2012) como uma das proposições da OMS, que incentiva a valorização delas, na medida em que são consideradas recursos terapêuticos úteis para o atendimento de algumas demandas, o que contribui para o sistema local de saúde dos usuários do sistema público de saúde.

A utilização de plantas medicinais está também associada aos fármacos fitoterápicos mediante práticas integrativas de medicina, como a chinesa, a holística, ou macrobiótica entre outras, e ocorre, também, sob a forma de complementos e suplementos alimentares, como foi apontado no estudo de Santos *et al.* (2011).

A maior frequência da utilização das plantas medicinais são os chás, cujas propriedades são relatadas por Badke *et al.* (2011) como: curativas; calmantes e indicadas para os problemas gastrointestinais. As plantas medicinais podem controlar outros agravos, tais como: o colesterol, a rinite, tratar problemas do coração e fígado, de machucadura, aumentar a diurese e melhorar o sono. Corrobora com essa ideia, o estudo de Varela e Azevedo (2014), ao afirmarem que a associação de fitoterápicos com a medicação anti-hipertensiva seria benéfica se empregados como coadjuvantes na prevenção e no controle de outras doenças, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Ainda sobre a utilização, Machado *et al.* (2012) afirma que há uma percepção de que os prescritores recomendam mais plantas medicinais do que fitoterápicos. A respeito deste dado, o estudo de Varela e Azevedo (2014) mostra preocupação, porque a percepção dos produtos obtidos ou derivados de constituintes vegetais, vistos como isentos de contra-indicação pelos leigos, ainda está presente no imaginário dos profissionais de saúde. Esta constatação merece um alerta porque a generalização dessa concepção não deve ser adotada pelos profissionais de saúde, nem pela comunidade. Referente ao uso de plantas medicinais é preciso lembrar que é indispensável considerar o potencial tóxico das ervas e a propriedade de seus constituintes químicos.

Formação, capacitação e conhecimentos dos profissionais sobre a fitoterapia e sua prescrição na ESF, conforme Rosa *et al.* (2011), os profissionais de saúde investigados relataram que não foram estimulados na formação técnica para as PICs. No exercício da profissão, eles deparam-se com essa prática através da demanda dos próprios pacientes. Assim, se veem forçados a buscarem fontes informais de informação (leituras de material não técnico, televisão, contato com outras pessoas, conhecimento geral). Para a autora, esse movimento dos profissionais parece ser o de uma busca por informações que supram as necessidades com que se defrontam no cotidiano de trabalho na atenção básica à saúde. Em relação aos conhecimentos sobre a prescrição das plantas, como prática terapêutica na ESF, estes precisam ser consistentes.

Os conhecimentos para a prática terapêutica da fitoterapia são tratados no estudo de Santos *et al.* (2011), segundo a PNPIC no SUS (BRASIL, 2006a). Este autor afirma que a capacitação deve ser realizada através de um curso básico interdisciplinar comum a toda a equipe, e visa à sensibilização dos profissionais. Sensibilização a respeito dos princípios e diretrizes do SUS, das políticas de saúde, das Práticas Integrativas no SUS, das normas e regulamentação e dos cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos. São necessários, também, cursos específicos para profissionais de saúde de nível universitário, de modo a serem detalhados os aspectos relacionados à manipulação dos fitoterápicos, de acordo com as categorias profissionais. E, ainda, cursos específicos para profissionais da área agrônoma que detalhem os aspectos relacionados a toda cadeia produtiva de plantas medicinais.

Frente a estas constatações, Varela e Azevedo (2014) defendem a ideia de que a inserção dessa temática formalmente no meio acadêmico pode oferecer maiores oportunidades de ensino e aprendizagem ao egresso, resultando num respaldo técnico científico para a aplicabilidade das terapêuticas, assim como em maior segurança para o prescritor e o consumidor. Estes autores se embasam em Brasil (2006a), citando a diretriz a respeito da formação e da Educação Permanente em Saúde direcionada aos profissionais de saúde sobre plantas medicinais e fitoterapia.

Conforme Rosa *et al.* (2011), para minimizar a distância entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS, em 2005 foi lançado o programa nacional de reorientação de formação profissional em saúde, o pró-saúde. Essa iniciativa integrada do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação tem como objetivo a aproximação entre a formação de

graduação no país e as necessidades da atenção básica para se construir um fortalecimento do sistema.

As atividades educativas envolvem tanto a comunidade quanto profissionais da saúde, conforme organização político-administrativa dos serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) e foram amplamente discutidas pelos autores seguintes: Oliveira, Simões e Sassi (2006); Araújo (2000). De acordo com Antonio *et al.* (2013), as que são voltadas à população são: grupos de estudos; rodas de conversas; oficinas de troca de mudas de plantas; agricultura familiar; agroecologia; atividades intersetoriais e extensão universitária; valorizando a fitoterapia familiar, popular, tradicional e científica. Os referenciais utilizados foram: educação popular; permanente e/ou ambiental (SANTOS, 2012; DINIZ, 2006).

Antonio *et al.* (2013) explica, ainda, que as ações voltadas aos profissionais, são a educação permanente como definida por Ceccim e Feuerwerker (2004) e a educação continuada, como definida por Peduzzi *et al.* (2009). Para estas ações, as estratégias adotadas foram no sentido de minimizar as resistências à inserção da fitoterapia na APS (SANTOS, 2012). Muitas vezes, isso ocorre porque os profissionais não tiveram, na graduação, disciplinas sobre o tema. A opção adotada em alguns municípios foi o curso introdutório sobre plantas medicinais (ROSA *et al.*, 2011; REIS *et al.*, 2004).

Para Antonio *et al.* (2013), esse modo de integração ensino-serviço, o momento da consulta, a visita domiciliar e as ações comunitárias foram citados como espaços favoráveis de troca, levando em consideração os saberes locais sobre os aspectos terapêuticos, agrônômicos, botânicos, químicos e farmacológicos das plantas medicinais para qualificar tanto o profissional quanto o usuário (PIRES, BORELLA, RAYA, 2004; REIS *et al.*, 2004; ARAÚJO, 2000).

Sobre a inserção, implantação e implementação no SUS, Varela e Azevedo (2014), em seu trabalho, afirmaram que o emprego desses medicamentos na prevenção e no tratamento de doenças é um dos argumentos apresentados para que haja a utilização de PICs na ESF. Para estes autores, as plantas medicinais e a fitoterapia devem ser uma opção relevante não somente para tratar determinadas patologias, mas especialmente para prevenir doenças e promover saúde, possibilitando uma ampliação das práticas de cuidado desenvolvidas pelos usuários do SUS e uma escolha democrática da terapêutica a ser empregada.

Já o estudo de Fontenele *et al.* (2013) destaca algumas perspectivas pertinentes para ações práticas de reorientação dos serviços a partir da difusão da discussão temática nas

instâncias formais a exemplo dos Conselhos de Saúde e das ações conjuntas com universidades, pela necessidade indiscutível de capacitação dos profissionais de saúde.

Os estudos, em maior ou menor grau, recorrem às Políticas Públicas, Programas e Leis que versam sobre as plantas medicinais e fitoterapia nos serviços de APS brasileira. Conforme Santos *et al.* (2011), os dispositivos mais lembrados são: o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais (PPPM); a Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN); a Política Nacional de Medicamentos; o Fórum para formulação da proposta da Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos; a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; a PNPIC; a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

O estudo de Antonio *et al.* (2013) inclui, também, programas com perspectiva educacional, social e ambiental e programas com ênfase em saberes e práticas científicas. Cita referenciais teóricos como a proposta de Farmácia-Viva de Fortaleza/CE, idealizada por Francisco José de Abreu Matos e norteadada pela etnofarmacologia e farmacognosia (MATOS, 2006), bem como o Projeto Vida Verde de Curitiba/PR (GRAÇA, 2004), baseado na educação ambiental.

Sobre a categoria “importância da fitoterapia”, Santos *et al.* (2011), embasado no referencial teórico de seu trabalho para explicá-la, destaca: com Queiroz (2000), a contribuição para respostas mais apropriadas aos problemas gerados pelos excessivos métodos médicos convencionais; com Sacramento (2004), a manutenção da tradição oral ancestral e do uso de plantas medicinais pela crença popular em Curandeiros, raizeiros, parteiras, médiuns; as profundas raízes culturais da população brasileira facilitaram a sobrevivência da Fitoterapia até os dias atuais; e com França *et al.* (2008), a volta da conexão do ser humano com a natureza ao buscar, na vegetação, uma forma de ajudar o organismo em vários sentidos, como: restaurar a imunidade enfraquecida, normalizar funções fisiológicas, desintoxicar órgãos e até mesmo para rejuvenescer.

Na categoria benefícios que as plantas medicinais e a fitoterapia oferecem ao sistema público de saúde, Santos *et al.* (2011) afirma que estes recursos podem ser considerados, nos programas de APS, uma integrativa terapêutica muito útil e importante ao se visar: à eficácia e ao baixo custo operacional da utilização de plantas medicinais; à facilidade para adquirir essas plantas e à compatibilidade cultural; e ao progresso dessa medicina, principalmente no

Nordeste brasileiro, onde é comum o uso delas para preparação de remédios caseiros para tratar várias enfermidades.

Quanto aos fatores que poderiam facilitar ou restringir a prescrição das plantas medicinais e dos fitoterápicos na ESF, Rosa *et al.* (2011) aponta, como contribuição, a efetivação da atenção básica no cumprimento da sua função primordial, a promoção da saúde, pela valorização do autocuidado e a aproximação da relação do paciente com o profissional que o atende. Além disso, uma possível vantagem em termos de redução de custos dessa terapia para promover a cura e a prevenção de doenças e a abertura de espaços de discussão do cuidado dentro do sistema.

Outro fator que facilitaria é apontado no estudo de Bastos e Lopes (2010), citando Dawson (1991), que é um programa de Fitoterapia para a população ter um acesso fácil às plantas medicinais. Mesmo que não se justifique a utilização delas de forma indiscriminada na automedicação, os recursos podem ser utilizados sob orientação de profissionais de saúde que orientem adequadamente sobre a dose, a preparação e via de administração, para se evita equívocos de uso, o que pode causar transtornos ao indivíduo ou levá-lo à morte.

As investigações de Rosa *et al.* (2011) sobre os fatores relacionados à intenção de uso dessa terapia demonstraram que existe uma representação correta dos profissionais médicos acerca dos fitoterápicos, no entanto, o conhecimento revelado por eles parece também ter suas raízes na cultura, nas vivências e no cotidiano de grande parte dos brasileiros.

Para a autora acima, como a cultura popular ainda é relegada a um segundo plano ante o saber científico, o que cria um contexto de pouco conhecimento científico e abertura a novas possibilidades e insegurança, que é reforçada pelas características do que se compreende a profissão médica, que é uma compreensão clássica de ciência. Essa conjunção de fatores relaciona-se diretamente à intenção da utilização de fitoterápicos na atenção básica à saúde e contribuem para a formação de atitudes negativas ou receosas ante tecnologias milenares e de fácil acesso, como é o caso dos fitoterápicos.

Sobre as dificuldades encontradas para a terapêutica nas ESF, o estudo de Fontenele *et al.* (2013) traz configuradas as duas principais, que são: as dificuldades de ordem política, em se discutir nas instâncias cabíveis, de gestão e controle social; a possibilidade de implantação de políticas públicas que envolvam a fitoterapia; e as dificuldades de ordem estrutural, principalmente em agrupar gestores para construir conjuntamente essa implantação e de operacionalizar a inserção da fitoterapia no SUS.

O estudo de Bastos e Lopes (2010), no que concerne às dificuldades encontradas para implementação da Fitoterapia nas ESF, destaca como o maior desafio encontrado a falta de conhecimento sobre a temática para orientar a população de maneira eficiente sobre o uso das plantas medicinais. Além disso, aponta também: a falta de recursos materiais e de apoio dos gestores no desempenho das atividades fitoterápicas; e o fato da equipe de saúde ainda encontrar-se limitada em constituir vínculos e otimizar os recursos da comunidade, mesmo que essa seja conhecedora da fitoterapia no combate às suas necessidades de saúde.

Para Rosa *et al.* (2011), a preocupação dos participantes do seu estudo, sobre este saber que eles ainda não dominam, pode ser entendida como um fator que dificulta a inserção da fitoterapia como rotina no atendimento à população.

Quanto ao resgate da valorização do saber popular, o estudo de Bastos e Lopes (2010) aponta ser esse um conhecimento da própria comunidade que é detentora dele e se constitui em redes sociais de apoio locais.

Quanto ao método de fornecimento de dados sobre a eficácia do produto fitoterápico, Silva *et al.* (2006), em sua pesquisa, afirma que o município de Maracanaú (CE) foi o primeiro a implantar o Programa Farmácias Vivas no sistema público de saúde. Este é um programa que está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e tem se destacado pela organização, abrangência e funcionalidade. Sua estrutura básica é composta por um horto com 40 canteiros, para o cultivo das plantas medicinais, e um laboratório de manipulação, para a produção dos medicamentos fitoterápicos. A dispensação dos produtos à comunidade ocorre nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família, mediante prescrição medicamentosa do profissional de saúde.

Após todas essas explanações dos estudos revisados, finaliza-se com o estudo de Oliveira *et al.* (2007), quando vem mostrar que, sob o aspecto da fitoterapia, se torna de fundamental importância a revisão sistemática da literatura, principalmente devido aos diversos estudos, suas conclusões e recomendações, como as colocadas no quadro 07.

Quadro 07 – Conclusões e recomendações dos estudos revisados justificadas com base nos resultados. (Continua...)

REFERÊNCIA	CONCLUSÕES	RECOMENDAÇÕES
Santos <i>et al.</i> (2011)	Existem diversos programas de fitoterapia implantados ou em fase de implantação. Enquanto prática, ela está em ESF de diversos estados.	Ter profissionais capacitados para garantir a correta e segura de aplicação da fitoterapia.
Machado <i>et al.</i> (2012)	Uma temática que necessita ser	A capacitação dos

REFERÊNCIA	CONCLUSÕES	RECOMENDAÇÕES
	explorada em atividades de educação, em algum espaço onde as diferenças conceituais de cada prática possam ser esclarecidas entre os profissionais e comunitários. Há necessidade, do grupo interessado se aproximar da PNPIC e das possibilidades de expansão de suas práticas.	trabalhadores do SUS sobre terapias integrativas e complementares
Fontenele <i>et al.</i> (2013)	As relações entre a fitoterapia e a ESF são percebidas como instrumentos de fortalecimento mútuo, consolidando a participação popular, a autonomia e o cuidado integral.	Discussões que envolvam capacitação dos profissionais de saúde.
Tomazzoni <i>et al.</i> (2006)	As plantas medicinais, representam fator importante para a manutenção das condições de saúde.	Busca de conhecimentos.
Antonio <i>et al.</i> (2013)	A fitoterapia é uma potencialidade que pode e deve ser considerada como um campo de interação de saberes e práticas para enriquecer as possibilidades terapêuticas no contexto da ESF.	A interação entre a equipe de saúde e a comunidade que pode ocorrer em encontros para compartilhar experiências, tais como: identificação das plantas, o modo como são preparadas e indicadas, e de que forma são usadas pela comunidade.
Bastos e Lopes (2010)	Os profissionais que atuam na ESF não estão preparados para atender às necessidades da demanda no que diz respeito à Fitoterapia. Para as autoras o conhecimento ainda é insuficiente, e o problema de formação dos profissionais da saúde está situado tanto na graduação quanto no cenário de organização dos serviços de saúde.	Recomendam a Fitoterapia como essencial, na Rede de Atenção Básica de Saúde, porque oferece outros caminhos para a prevenção de doenças e promoção da saúde.
Badke <i>et al.</i> (2011)	Existe a necessidade de um maior domínio, pelos profissionais de saúde, do saber popular a ser utilizado como um instrumento de proximidade, autonomia e de valorização da cultura de cada ser cuidado.	Aproximação entre o saber popular e científico.

REFERÊNCIA	CONCLUSÕES	RECOMENDAÇÕES
Rosa <i>et al.</i> (2011)	Existe maior intenção de uso da fitoterapia entre aqueles que detêm maior conhecimento sobre o assunto.	Capacitação dos profissionais e do investimento em programas de educação permanente, investimento em desenvolvimento de material técnico para amenizar a preocupação com os critérios científicos contemporâneos da fitoterapia e segundo que essa iniciativa proporcionar sucesso programas de educação.
Brasileiro <i>et al.</i> (2008)	A utilização de plantas medicinais é bastante difundida. O grande número de plantas citadas (232) reafirma a importância da pesquisa etnobotânica, seja pelo seu valor histórico cultural seja pela necessidade de confirmação das indicações de uso.	Orientação às pessoas quanto à utilização das plantas medicinais que podem ser responsáveis pelo tratamento de muitas doenças primárias, com bons resultados econômicos e de melhoria da saúde da população de baixa renda.
Varela e Azevedo (2014)	Os sujeitos são receptivos à prática fitoterápica na ESF, ao demonstrarem algumas vantagens de seu uso.	Outros olhares do uso e da aplicação fitoterápica na ESF. Investimentos na formação de recursos humanos e na garantia de um suporte básico (físico e estrutural) para implantação, manutenção e consolidação da produção e distribuição dos medicamentos fitoterápicos, estabelecendo assim, um sistema de parcerias e maior oferta de opções terapêuticas às pessoas.
Tomazzoni <i>et al.</i> (2006)	A correta utilização dos recursos terapêuticos é o oferecimento de um cuidado capaz de abordar outros aspectos, além do biológico, fundamentado no cuidado integral à saúde do indivíduo.	A fitoterapia enquanto alternativa deve ser incorporada pelos profissionais da equipe de saúde.
Silva <i>et al.</i> (2006)	Existe um cenário favorável aos fitoterápicos, uma vez que os mesmos vêm suprimindo a lacuna deixada pela escassez de medicamentos alopáticos, na rede pública.	Sugerem parcerias entre a rede pública de saúde e as universidades públicas locais, para a garantia do controle de qualidade, da eficácia e segurança dos fitoterápicos, conforme exigências da legislação, de modo a otimizar

REFERÊNCIA	CONCLUSÕES	RECOMENDAÇÕES
		a produção dos fitoterápicos e a sua utilização no sistema municipal de saúde.
Bruning <i>et al.</i> (2012)	A aplicação das plantas medicinais e fitoterápicas é um possível meio de ampliação da área de trabalho dos profissionais de saúde. Entretanto os profissionais de saúde ainda estão pouco informados e preparados para lidar com os recursos alternativos referidos.	A inclusão destes conhecimentos nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.
Oliveira <i>et al.</i> (2007)	O trabalho de Tendo como ponto de partida a, concluiu que o trabalho demonstrou a oportunidade da adoção de maior rigor na avaliação da qualidade da literatura apresentada para suporte à análise de fitoterápicos, assim como da solicitação de seu registro.	Adoção de maior rigor da qualidade da literatura a ser revisada.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na análise, conclusões e recomendações dos estudos revisados, constata-se a relevância da temática e a necessidade de mais pesquisa para uma maior contribuição com o conhecimento do assunto para os profissionais de saúde e usuários. Fica evidente que o conhecimento é um ponto chave para uma abertura de espaço para as PICs Plantas Medicinais e Fitoterapia, no fortalecimento das demais práticas da atenção à saúde.

2.4.3 Considerações da revisão

Existe uma preocupação com a qualidade do material de pesquisa, no sentido de atestar se ele aponta para uma contribuição positiva da incorporação desta metodologia no universo de estudos sobre o assunto.

Todos os autores recomendam o desenvolvimento de pesquisas que enriqueçam o conhecimento dos profissionais e estudantes da saúde, pois elas auxiliam e tornam mais seguras e eficazes as práticas fitoterápicas no SUS. Afirmam que ainda é restrita a oferta de oportunidades que visam à capacitação na área das terapias complementares.

Os autores concordam com as PICs e sugerem um resgate das práticas com as plantas medicinais e os fitoterápicos de forma segura, mas lembram que, para tanto, é necessário investir em formação, capacitação dos recursos humanos e reorientação do modelo de atenção à saúde, preparando os profissionais para atuarem com essa opção de cuidado.

3 A TRAJETÓRIA DAS LUTAS POLÍTICAS E SOCIAIS PELA SAÚDE

O presente capítulo discute os conceitos que servirão de base para o desenvolvimento do objeto deste trabalho. Inicialmente, fez-se um retrospecto histórico da saúde brasileira para a contextualização das seguintes categorias: modelos de atenção à saúde, promoção de saúde, práticas de cuidado para a integralidade, cuidado com plantas medicinais, autonomia, organizações e planejamento estratégico em saúde e formação/educação em saúde.

3.1 Atenção à saúde das pessoas e os avanços históricos deste campo

A partir do movimento de redemocratização brasileira da década de 80, é importante lembrar, a história e as mudanças no modelo de organização da saúde pública, que foi orientado para estruturar os serviços a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Matos (2006), no Brasil ocorreu o desenvolvimento de um movimento chamado Reforma Sanitária², que buscava a democratização do país e lutava por melhores condições de vida e saúde. Esta autora acrescenta:

[...] com o fim do regime militar e a implantação da ‘Nova República’, desenvolveu-se a perspectiva de reforma na Constituição Federal. Para responder à discussão, na Assembleia Constituinte, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde que contou com a presença de mais de 5.000 pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e representantes da sociedade civil. Essas pessoas discutiram a situação de saúde do país e aprovaram um relatório final cujas recomendações passaram a se constituir no projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Este foi levado à Assembleia Constituinte para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre a saúde (MATOS, 2006, p. 66).

O movimento sanitário propunha um sistema de saúde pública descentralizado, com direito universal à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com democrática participação popular. É importante compreender que, nesta época, o sistema de saúde era excludente, pois beneficiava o grupo dos contribuintes da previdência, era desigual e com poucos recursos.

A Constituição de 1988 traz, como um dos mais importantes princípios da Reforma Sanitária Brasileira, o conceito ampliado de saúde, no reconhecimento da saúde como um

2 Reforma Sanitária foi a organização e o fortalecimento do movimento na área de saúde que viria a se consolidar na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) com a incorporação dos seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988, base das Leis orgânicas do SUS, aprovadas em 1990 (MATOS, 2006).

direito de todos e dever do Estado, a promoção da justiça social e a criação do SUS. O documento afirma nos seus artigos 196 e 198, respectivamente, que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS constitui-se de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Tem como diretrizes a descentralização da gestão, o atendimento integral à saúde e a participação da comunidade.

Para Bobbio (2004), os direitos dos homens apesar de terem sido considerados naturais desde o início, não foram dados de uma vez por todas. Há uma estreita relação entre poder e liberdade. Quanto mais se estende o poder de um dos sujeitos da relação mais diminui a liberdade do outro, e vice-versa. O que distingue o momento atual em relação às épocas precedentes e reforça a demanda por novos direitos é a forma de poder que prevalece sobre todos os outros. A luta pelos direitos teve como primeiro adversário o poder religioso; depois, o poder político; e, por fim, o poder econômico. Este autor afirma:

Hoje as ameaças à vida, à liberdade e à segurança podem vir do poder sempre maior das ciências. Entramos na era que é chamada pós-moderna e é caracterizada pelo enorme progresso e de transformações tecnológicas também tecnocráticas do mundo. O crescimento do saber só faz aumentar a possibilidade do homem dominar a natureza e os outros homens. Os direitos das novas gerações, que vieram depois daqueles das três correntes de ideias de nosso tempo, nascem dos perigos à vida, à liberdade e à segurança, provenientes do aumento do progresso tecnológico. Exemplificados como o direito de viver em ambiente não poluído; o direito à privacidade; e o direito à integridade do próprio patrimônio genético (BOBBIO, 2004, p. 209).

A partir dessas colocações, percebe-se como a questão dos direitos precisa ser tratada, pois eles existem lá no papel, e faz-se necessário que se reflita sobre as formas que precisam ser encontradas de fazê-los valerem como está escrito. Sair do papel para a realidade concreta. No campo da saúde, um jargão bastante empregado é “a ousadia de cumprir e fazer cumprir”, o que determina a Constituição Cidadã, como ficou conhecida a Constituição de 88. Cumprir não somente a Constituição, mas o que veio posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde e as demais leis dela decorrentes, para que se caminhe rumo à integralidade.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que [...] "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Assim, a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS são formadas por ações e

serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial.

É sabido que o direcionamento para a atenção primária é um dos pressupostos básicos para todos os sistemas de saúde. Essas ideias, conforme a OMS (1996 *apud* STARFIELD, 2002 *apud* BRASIL, 2012), fazem com que o valor da atenção primária seja incorporado na própria estruturação do SUS. A expressão “atenção primária” foi utilizada pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, quando este autor propôs a organização dos serviços de saúde em três níveis, desenhando, dessa maneira, a primeira proposta de regionalização. Contemporaneamente é equivalente à atenção básica.

3.2 Modelos assistenciais na saúde: do médico-privativista à ESF

O Sistema Único de Saúde (SUS) organiza os serviços desta área e incorpora a Atenção Básica na sua própria estruturação, para ser ordenadora e gestora do cuidado a ser ofertado por um modelo de organização dos serviços de saúde.

O modelo assistencial médico-privativista, conforme Aquino (2003), prevaleceu durante décadas, era baseado no saber médico da doença e da medicina curativa em nível hospitalar, dependente de uma demanda espontânea e ocasional do indivíduo, que era seu objeto de ação. Por sua limitação setorial, desvinculação de outros profissionais de saúde e da comunidade, não admitia compartilhar o processo de decisões dos serviços de saúde, consequentemente, não era humanizado e tinha baixa capacidade de resolver os problemas.

Conforme Cecílio (1997), com a implantação plena do SUS, surge a pirâmide traduzida no projeto do modelo tecno-assistencial a ser construído. Na base, estaria a atenção primária, numa extensa rede de unidades, para oferecer atenção integral à saúde das pessoas. Na parte intermediária, estaria a atenção secundária: as especialidades clínicas e cirúrgicas, o apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência. No topo, estariam os serviços hospitalares de maior complexidade. Assim, haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência.

Entretanto, para o autor acima, o modelo da pirâmide fracassou. Primeiro, por causas ligadas à própria configuração do SUS, nos seus aspectos de financiamento dos recursos que

são poucos e mal utilizados na relação público e privado e na gestão por parte dos usuários que é questionada. Segundo, porque existe uma necessidade do modelo tecno-assistencial pensar novos fluxos redesenhados da pirâmide para o círculo a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado por um “arredondamento” da pirâmide (CECÍLIO, 1997, p. 474).

Concorda-se com este autor a respeito do modelo tecno-assistencial ter sido idealizado a partir dos princípios do SUS, que trazem, na sua essência, o que há de melhor em termos de teoria. Mas, na prática, a despeito de todos os esforços para fazer o sistema avançar, existem muitos entraves, principalmente pelo desconhecimento da população sobre seus direitos e deveres com a construção da saúde. O maior deles talvez seja a falta de investimentos para despertar a cidadania. No momento em que as pessoas descobrirem o poder que elas têm e se utilizarem dos dispositivos legais existentes para a cogestão da atenção que necessitam, haverá a horizontalidade do modelo.

Para Luz e Barros (2006), os registros da história da medicina mostram que o cuidado em saúde teve diferentes modelos, desenvolvidos de acordo com o contexto e as bases culturais e materiais de cada época. O modelo biomédico apresentou muitas soluções³ para problemas da doença. No entanto, há algumas décadas tem sido fonte crescente de insatisfação da população, devido a sua dicotomia do cuidado e à super especialização nas diversas áreas da medicina.

Um modelo de atenção à saúde é entendido por Ayres (2009) como a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações. O foco está relacionado à atenção, no plano tecnológico em que conceitos e técnicas são postos em operação. Este autor aponta os eixos: necessidades; finalidades; articulações; e interações, em torno dos quais se identificam impulsos, com base nos quais tem-se buscado dialogar diversidades e tensões no cotidiano da atenção à saúde para a integralidade.

A integralidade, para Assis *et al.* (2010, p. 14), significa ter um sistema que garanta o fluxo seguro dos usuários a todos os níveis de atenção e o acesso às tecnologias de cuidado

3 Soluções para a doença. O centro da atenção no Modelo Biomédico é o indivíduo doente e sua cura. O diagnóstico individual e o tratamento, através de tecnologias e remédios. A especialização e o processo fisiopatológico ganham espaço. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações da promoção e proteção à saúde (CUTOLO, 2006).

necessárias à resolução de seus problemas de saúde. O que significa dizer que não é possível negar a importância dos serviços de atenção secundária e terciária. Entretanto, é fundamental estar atento e direcionar o olhar para investir na AB à Saúde, espaço de organização dos serviços e práticas de saúde.

Sobre essa perspectiva, Cecílio (1997) faz um contraponto, apenas para advertir que o centro de saúde, ou seja, a ESF é apenas uma das portas de entrada do SUS, importante sim, mas que repensar o modelo tira o hospital do topo da pirâmide e o recoloca entre os serviços de forma mais horizontal na superfície plana do círculo que é mais coerente com a ideia de oferecer mais para os usuários, que procuram atenção onde eles acham que vai ser mais fácil encontrá-la. Pela lógica do SUS o mais próximo é a ESF, ainda assim, há necessidade de se qualificar todas as portas de entrada e, a partir deste reconhecimento, garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso.

Segundo Brasil (2006c), a integralidade só se concretiza a partir do envolvimento e de redefinições radicais dos processos de trabalho. Como uma prioridade para a redefinição dos sentidos das práticas de saúde, entendendo ser ela de extrema relevância, seja na produção de conhecimento ou na prestação de serviços para a conservação e manutenção da vida.

Conforme Teixeira, Paim e Villasbôas (2002), as práticas seriam, então, reorientadas para além da oferta tradicional de serviços de saúde (rede básica e hospitalar), campanhas sanitárias, programas especiais e de vigilância sanitária e epidemiológica, buscando o desenvolvimento de operações sobre os principais problemas e necessidades sociais de saúde, através de ações inter setoriais e de políticas públicas saudáveis.

Para os autores acima, dessa forma, é que a AB se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, do cuidado, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade e na inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Para Brasil (2011), é nessa perspectiva que surge a ESF, que permite o acesso e reorganiza as práticas de saúde, como um dispositivo para o novo modelo. Para Brasil (2006d), a qualificação da ESF e de outras estratégias deverá seguir as diretrizes da AB e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.

O modelo da ESF emergente, conforme Aquino (2003) visa a atender ao indivíduo como sujeito integrado à família e à comunidade que é corresponsável. O estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e comunidade permite a oferta humanizada e organizada

a partir da AB, em um sistema hierarquizado que tem ações inter setoriais. O saber e o poder compartilhado por equipes de saúde e pela comunidade viabilizam a otimização da capacidade de resolução de problemas, o que favorece a promoção da saúde.

Entretanto, Gondim *et al.* (2008) mostram preocupações porque, embora a ESF focalize o atendimento na atenção e no cuidado às famílias, incluindo atividades de promoção e proteção da saúde, ainda está implícita a atuação curativa de reprodução social sobre os espaços desses grupos sociais. Para esta autora, a área de abrangência das famílias adstritas a cada unidade básica é pouco trabalhada, na medida em que é um espaço que encerra processos sociais em permanente transformação.

Mesmo assim, para Assis *et al.* (2010, p. 18), vale insistir na busca de se colocar em prática a reformulação e o fortalecimento do sistema e garantir a saúde como um direito de todos, no plano individual e coletivo. É imprescindível, também, a incorporação de novas práticas em saúde, priorizando a promoção da saúde sem descuidar da produção do cuidado.

3.2.1 Promoção de saúde e qualidade de vida

As discussões sobre a Promoção da Saúde têm buscado estratégias e tecnologias para o cuidado dentro do conceito de qualidade de vida, um ideal de saúde que não pode ser alcançado apenas pelas formas de pensar e agir do modelo biomédico.

Ferreira e Buss (2002) descrevem que, tradicionalmente, o conceito de promoção à saúde havia sido definido a partir do modelo de Leavell e Clark, na década de 40, em relação ao esquema da história natural da doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Entretanto, após os grandes fóruns mundiais da década de 70, a promoção à saúde desponta como uma nova concepção de saúde internacional, não centrada na doença e em resposta à acentuada medicalização da saúde.

O pensamento desses autores é corroborado por Bodstein (2009), ao dizer que a promoção da saúde desafia o modelo biomédico e os parâmetros normativos tradicionais do campo da saúde, pois a sua complexidade é dada pela complexidade dos seus objetivos e do contexto em que as iniciativas estão inseridas. No caso, estão em jogo preocupações com as desigualdades sociais vistas como determinantes para a saúde e a qualidade de vida.

Desta perspectiva, Brasil (2010) afirma que a promoção da saúde requer uma articulação que reforça a exigência de um movimento integrador, na construção de consensos a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos. Porque é certo que os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas ações de viver como desejáveis, criam e organizam suas escolhas, criam novas possibilidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

No SUS, de acordo com Brasil (2010), a promoção da saúde é colocada como uma possibilidade de enfocar aspectos que determinam o processo saúde-doença no nosso país. Vem romper com a tradição da abordagem fragmentada e individualizante dos modos de viver. Nessa perspectiva, historicamente os sujeitos e comunidades são colocados como responsáveis únicos pelas várias mudanças ao longo da vida. Contudo, em face à saúde ampliada, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual, o que vem se analisando são outras perspectivas.

A carta de Ottawa⁴ propõe meios para o processo de capacitação da comunidade com a finalidade de que ela atue na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, entendendo a saúde comunitária como a relação com os fatores sócio-econômicos, administrativos e políticos, sanitários, culturais demográficos e ambientais, além dos biológicos, e incluindo uma maior participação no controle social nos processos. Este entendimento de promoção à saúde abrange em seu conjunto cinco estratégias para a educação em saúde, que integra: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Os autores acima descrevem, a seguir, de forma sucinta, as estratégias de promoção à saúde, segundo a Carta de Ottawa:

Implementação de políticas públicas saudáveis: inclui, além dos cuidados de saúde, outros determinantes como: renda; proteção ambiental; trabalho e agricultura. A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades. Ações legislativas, fiscais e organizacionais visando à diminuição das desigualdades sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adoção de uma postura intersetorial para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde;

4 A Carta de Ottawa foi o documento resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Canadá, (1986) e foi inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978), veio reafirmar a importância da promoção à saúde e apontar, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da comunidade (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Criação de ambientes favoráveis à saúde: propõe a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção à saúde. Para que isto ocorra, sugere ações que objetivem o monitoramento de mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que interferem na saúde da população;

Reorientação dos serviços de saúde: recomenda que a reorientação dos serviços de saúde deva voltar-se na direção de um enfoque na saúde e não na doença, que apontem para a integralidade das ações de saúde. Propõe, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde;

Reforçando a ação comunitária: implementação de ações e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a auto-ajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde, o *empowerment* comunitário;

Desenvolvimento de habilidades pessoais: capacitar as pessoas para aprenderem através da vida e se prepararem para todos os estágios. Apoia, também, o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (HEIDMANN *et al.*, 2006, p. 354).

Para Heidmann *et al.* (2006), é importante compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. Entretanto, a efetivação prática para a promoção à saúde não pode ser pensada como uma iniciativa exclusiva do Estado, mas deve ser elaborada com os diversos segmentos sociais e a participação da sociedade na luta pela saúde.

3.2.2 Práticas de saúde no paradigma da integralidade

A atenção para a promoção da saúde baseia-se no trabalho dos profissionais de saúde. Assim sendo, é fundamental que a equipe de saúde perceba como suas ações são fundamentais para a saúde comunitária. Mas a saúde, na perspectiva da carta de Ottawa, depende de muitas pessoas, que devem se envolver e atuar para a qualidade de vida e ter uma maior participação no controle dos processos para alcançá-la. A saúde depende das pessoas e dos serviços, por meio da co-responsabilização, mas também de condições e recursos fundamentais como paz, recursos sustentáveis, educação, justiça social e equidade, entre outros. Assim, é preciso ter uma nova maneira de interpretar as necessidades e as práticas de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, especializada, mas numa perspectiva contextual ampla do novo paradigma, a integralidade.

Para Assis *et al.* (2010), as práticas de saúde foram historicamente estruturadas com base no modelo hegemônico de prestação de serviços e na estruturação da medicina científica, com seu conjunto de elementos estruturais que redirecionaram a prática médica e as outras profissões de saúde. Apesar dos muitos debates que envolvem a humanização e aposta em processos relacionais, e a produção dos cuidados, já realizados, a autora considera que essa realidade do consumo exacerbado, as tecnologias duras se mantêm até a atualidade. Este pensamento é enfatizado por Saito (2008), no seguinte texto:

[...] as práticas de saúde na atualidade dão-se num contexto de diversidade e complexidade de diversas ordens. Para que se traduzam eficazes exigem estabelecimento de relação com diversas áreas do conhecimento, razão pela qual se defende a necessidade de contextualizar as ações e práticas na saúde com outros determinantes que considerem fatores além das relações causais. No campo da filosofia, buscam-se elementos para compreender o processo saúde doença em suas diferentes manifestações de regularidade e irregularidade e as diferentes formas de interpretação e intervenção sobre esses estados. O conhecimento dos pressupostos filosóficos possibilita contextualizar as práticas atuais e a evolução histórica das teorias que se constituem as raízes da prática em saúde na atualidade (SAITO, 2008, p. 40).

De acordo com Assis *et al.* (2010),

[...] não há previamente uma verdade. O que existe são formas distintas de explicações e de intervenções. O que, por essa óptica, torna necessária uma avaliação dos aspectos da práxis no processo de trabalho em saúde, ou seja, como os trabalhadores utilizam as tecnologias para produção do cuidado. A saúde vê na readequação das práticas um caminho para a mudança do cuidado em saúde, que já vem sendo almejada desde a criação do SUS pelo compartilhamento de responsabilidades: individuais e coletivas da sociedade civil e do Estado para a promoção da saúde das populações (ASSIS *et al.*, 2010 p. 17).

Diante desses processos complexos de mudança dos paradigmas, busca-se fazer a interpretação e análise das relações sociais que interessam às políticas de saúde com base na categoria epistemológica descrita por Kuhn (2006), para quem paradigmas são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.

Passar da atenção puramente biomédica para a integralidade é fazer a transição de um paradigma em crise para um novo paradigma de oportunidades, na concepção de Kuhn (2006), do qual pode surgir uma nova ciência normal, que está longe de ser um processo cumulativo, obtido através de uma articulação do velho paradigma. É antes uma reconstrução da área de atenção à saúde a partir de novos princípios, métodos e aplicações teóricas.

Conforme o autor acima, uma nova teoria não precisa entrar necessariamente em conflito com as que lhe precederam. Ao aprender um paradigma, o cientista adquire ao

mesmo tempo uma teoria, métodos e padrões científicos, que usualmente compõem uma mistura inextricável. Por isso, quando os paradigmas mudam, ocorrem alterações significativas nos critérios que determinam a legitimidade, tanto dos problemas, como das soluções propostas.

Durante o período de transição, haverá uma grande coincidência entre os problemas que podem ser resolvidos pelo antigo paradigma e os que podem ser resolvidos pelo novo. Haverá igualmente uma diferença decisiva no tocante aos modos de solucionar os problemas. Completada a transição, os cientistas terão modificado a sua concepção acerca da área de estudos, de seus métodos e de seus objetivos (KUHN, 2006).

A integralidade pressupõe um paradigma amplo do conceito de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes. Diferentemente do modelo biomédico, que se caracteriza pela especialidade, uma condição essencial para a integralidade é a atuação interdisciplinar das equipes (BRASIL, 2011).

Para Kuhn (2006), a emergência de novas teorias é geralmente precedida por um período de insegurança profissional pronunciada, pois exige a destruição em larga escala de paradigmas e grandes alterações nos problemas e técnicas da ciência normal. Como seria de esperar, essa insegurança é gerada pelo fracasso constante da ciência normal em produzir os resultados esperados. O fracasso das regras existentes é o prelúdio para uma busca de novas regras. É pertinente, portanto, estar atento, visando a construção de um outro mundo possível, pelo empoderamento das pessoas, como colocado por Scherer-Warren:

o trabalho deve ser articulado em rede e enfrenta o desafio de lidar com ideários como: o reconhecimento da diversidade dos sujeitos sociais e do respectivo pluralismo de ideias; lutas por direitos humanos; promoção da democracia no interior das organizações e na esfera pública de forma a não só incluir demandas das populações excluídas, mas de fato ir gradativamente transformando-as em agentes de práticas de governança em rede e de controle das políticas públicas pela sociedade civil organizada (SCHERER-WARREN, 2012, p. 89).

Toda a proposta de discussão até aqui reforça o que se compreende a respeito do SUS. Um articulador de práticas em redes, para dar poder à sociedade no atendimento de suas demandas. Práticas de saúde que, se fossem cumpridas com a justiça de seus princípios e respeito ao cidadãos, transformariam a gritante crise de saúde em criação de formas de

cuidado para a qualidade de vida das pessoas. Entretanto, o que ainda se observa é a reprodução de práticas dos modelos voltado para a doença e que culpa os indivíduos por adoecerem. São eles os culpados por não promoverem a autonomia para o autocuidado, por não tomarem atitudes responsáveis, por terem hábitos e estilos de vida não condizentes com a saúde coletiva. Será esta a verdade? Este é o ponto a ser trabalhado pelos processos educativos.

Autores como Teixeira, Paim e Villasbôas (2002) concordam que a reorganização do sistema de saúde a partir do conceito ampliado de saúde tem provocado o embate entre paradigmas, pois os modelos de atenção à saúde, a exemplo do médico-privativista (centrado na figura do médico especialista e no tratamento de doenças) e assistencial sanitaria (na perspectiva da epidemiologia e controle de doenças e agravos, com campanhas para enfrentar problemas não resolvidos na rotina dos serviços), vêm convivendo de forma contraditória e complementar, e tiveram pouco impacto sobre a qualidade de vida das pessoas. Esta constatação motivou alguns municípios a buscarem a construção de outros modelos alternativos ao modelo predominante.

Nesse contexto, a preocupação é construir um modelo de atenção para atender às necessidades das pessoas, começando pelo entendimento e redirecionamento das práticas no cuidado com a saúde. Nesse sentido, projetam-se possibilidades a serem assumidas no processo de transformações que precisa de reflexão sobre os sentidos de formação dos sujeitos para atuarem no campo da integralidade.

Conforme Pinheiro (2009), a Integralidade, que é um dos princípios do SUS, destina-se a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Esta autora comenta a seguir os sentidos de integralidade sistematizados por Mattos (2005 *apud* PINHEIRO, 2009), quais sejam: o traço da boa medicina, o modo de organizar as práticas e as respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

A integralidade da boa medicina consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente com um cuidado que não fosse reducionista, não apenas biológico. A integralidade, no modo de organizar as práticas, exigiria a horizontalização dos programas anteriormente verticais, para a superação da fragmentação das atividades de saúde e a necessidade de articulação de atividades coletivas. A integralidade no sentido das políticas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional (PINHEIRO, 2009).

Esse campo da saúde exige um compromisso de aproximar os sujeitos das realidades locais e responsabilizá-los quanto à atuação conjunta. Para Pinheiro (2009), a integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização. Vários sujeitos sociais: gestores; profissionais de saúde; sociedade civil; na busca pela melhoria de atenção à saúde; vêm apresentando evidências práticas do inconformismo e da necessidade de revisão das ideias e concepções sobre saúde.

A busca pela implantação das políticas públicas mais justas no país vem possibilitando o surgimento de inúmeras inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, seja na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS (PINHEIRO, 2009). Esse desdobramento só foi possível graças a uma conscientização dos vários sujeitos, na sociedade contemporânea. A atuação consciente, conforme Freire (2003) é exigência humana. Quando a consciência é crítica, reconhece que a realidade é mutável.

Para Freire (2001), o homem é consciente e na medida em que conhece, tende a se comprometer com a própria realidade. Como presença consciente no mundo, não pode escapar à responsabilidade ética no seu mover-se no mundo, intervindo para mudar o mundo, para fazê-lo menos feio, mais justo, mais decente mais humano.

Essa ideia de conscientização do processo formativo educativo de Freire tende a ser ampliada em experiências inovadoras. Para Pinheiro (2009), essas experiências, têm implicado o repensar dos aspectos mais importantes do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde – que resultam transformações no cotidiano das pessoas que buscam atenção – e dos profissionais e gestores que oferecem a atenção de saúde.

3.3 O cuidado integral e as práticas de saúde

A reorganização das práticas de saúde é uma etapa fundamental para a construção do modelo de cuidado integral, em consonância com os princípios do SUS, em especial com o princípio da integralidade, pela promoção da saúde na ESF, um nível de atenção que tem impacto positivo na qualidade de vida comunitária e que se articula com os demais níveis e setores para prover a saúde como um direito.

Conforme Pinheiro (2009), o modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. Assim, o cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas.

Reorganizar as práticas de saúde em novas bases é o desafio. Assim, surge um modelo com caráter substitutivo, de complementariedade e de hierarquização, representado pelo conjunto articulado e contínuo das ações e serviços e o trabalho em equipe multiprofissional, com assistência humanizada das práticas, que visam a prestar uma atenção resolutiva.

Para Boff (2012), o cuidado é algo anterior, é a fonte prévia de todos os comportamentos possíveis, sejam práticos, teóricos, conscientes ou inconscientes. O fato de o ser humano ser portador de cuidado essencial cria a condição para ele se sentir, conscientemente, como um ser no mundo. Com esta premissa, busca-se compreender a finalidade de obter uma melhor compreensão do cuidado integral ao usuário do SUS.

Brasil (2012) afirma que a AB foi considerada como estratégica para a resolubilidade dos problemas de saúde de maior frequência e relevância na população, mediante o emprego das várias formas de tecnologias em saúde. Pressupõe-se, assim, a responsabilidade com as práticas gerenciais, assistenciais e sanitárias de formas democráticas e participativas.

Neste sentido, Ayres (2009) faz uma discussão do cuidado, nos modelos de atenção orientados para a integralidade, realizando uma análise em três planos bem definidos: saber, técnica e ética, a partir dos quais aponta proposições conceituais que parecem potencialmente fecundas para promover convergências instruídas para o princípio do SUS em destaque.

No plano do saber, Ayres (2009) faz referência à epidemiologia como uma matriz disciplinar, com potencial para o diálogo interdisciplinar que busca saberes em qualquer área de conhecimento científico, de modo a construir a fusão de horizontes entre os diferentes discursos interessados na saúde. Neste sentido, cada discurso pode dar a solução concreta de problemas práticos. Dessa forma, a epidemiologia exerce um papel estratégico frente às necessidades e possibilidades concretas de intervenção nos processos saúde-doença-cuidado.

A partir do desenvolvimento das ciências básicas positivas, sobre as quais a medicina se estruturou, as determinações extra-biológicas das necessidades passaram a ser abstraídas e

a medicina transformou-se na única prática capaz de definir, por meio de seu saber científico, o que é ou não legítimo enquanto normal e patológico. O corpo biológico tornou-se o campo no qual é possível explicar a ocorrência do normal e do patológico em qualquer circunstância. Por outro lado, essa relação em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional. Não é assim que as coisas funcionam na prática (MERHY & FEUERWERKER, 2009).

Pinheiro e Mattos (2007), embasados em Weber (1993), afirmam que o capitalismo ocidental é voltado para o cálculo da produtividade do trabalho. Com o advento do capitalismo, as sociedades modernas desenvolveram as técnicas dos conhecimentos científicos das áreas da matemática e das ciências da natureza e formas crescentemente complexas de empreendimentos que visam à sistematização dos lucros.

Para Merhy e Feuerwerker (2009), Marx considerava o trabalho não somente em sua dimensão operativa, enquanto uma atividade, mas como uma práxis, que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. O homem trabalha a partir de um recorte interessado do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho envolvido na fabricação do produto desejado. Entretanto, conforme os autores, Taylor defendeu a ideia de que o modo de organizar os processos de trabalho altera as relações entre máquina e trabalhador, pois pode impactar os seus movimentos no tempo. Taylor dizia que o operário, sem o controle do capitalista, faria uma fábrica do seu jeito, e esse nem sempre era o melhor jeito para quem visava à lucratividade e à competição no mercado. Desenvolveu, então, um conjunto de tecnologias para capturar a autonomia dos trabalhadores no exercício de seu trabalho vivo, pois considerava que somente a captura realizada pelas tecnologias não era suficiente (MERHY, 2002).

Com a modernidade, estabeleceu-se, assim, um conjunto de novas demandas e novas necessidades sociais, exigindo novos mecanismos de produção, cada vez mais especializados. A criação desses mecanismos gerou outras necessidades, cada vez mais individualizadas, na busca do sucesso, do controle, enfim, da renovação dos valores que orientavam as ações dos indivíduos. De outro lado, na esteira das relações de produção capitalista, a própria racionalidade científica moderna desenvolveu-se de maneira bastante acelerada, através do aperfeiçoamento de técnicas para controlar e organizar a natureza, mas na forma de produção. Esta estaria voltada para a condução da previsão de ações da racionalidade ocidental moderna. A ciência nunca teve tanto prestígio social como nesse período, sobretudo nos dias de hoje (PINHEIRO E MATTOS, 2007).

No plano da técnica, Ayres (2009, p. 18) tece críticas em relação ao modo como elas se operam hoje:

A visão é segmentada, não se consegue ver a totalidade do paciente no seu contexto; existe uma abordagem muito centrada na patologia; há pobreza da relação e interação entre profissionais e usuários e entre os diversos profissionais da equipe; é, especialmente, frágil o compromisso com o bem-estar dos usuários. Não que os profissionais sejam irresponsáveis, mas o modo como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços acaba, muitas vezes, favorecendo certo descolamento entre o momento do ato assistencial e o envolvimento com suas consequências e com os desdobramentos da situação dos pacientes e comunidades. Neste plano, a ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas (AYRES, 2009, p. 18).

Para Pinheiro (2009), a prática tem sido tratada, na grande maioria das vezes, apenas como um campo de aplicação ou verificação de ideias, propostas ou modelos. Tal postura acaba por negar a condição do agente que tem a prática, nas transformações sociais, políticas ou econômicas.

No plano da ética, Ayres (2009, p. 20) comenta os saberes e fazeres como práticas que têm implicações tanto na disposição para o encontro entre profissionais e usuários, quanto para as escolhas que devem emergir desses encontros. Para este autor, saberes/fazeres estão relacionados com o reconhecimento e validade das diversas concepções e proposições dos sujeitos em relação à saúde. No plano da ética, o saber/fazer do modelo para a integralidade requer a Humanização ao, esclarecer que:

Será preciso trabalhar os arranjos tecnológicos para reverter a situação onde o interesse que move o profissional de saúde já está, em geral, muito claramente colocado. Ele tem um conjunto de saberes determinado a priori – saberes técnicos e científicos. Seu papel ali está definido como um trabalho, com regras e finalidades igualmente bem delimitadas. Já o usuário chega de modo muito diverso a esse encontro. Há algum tipo de sofrimento ou preocupação, alguma fragilização que o move, e isso, por si só, já faz toda a diferença. Além disso, ele traz saberes, mas saberes não especializados, não passíveis de um controle a priori. No entanto, esses saberes têm a chancela da experiência, da vivência mais profunda daquilo que é (ou deveria ser) o motivo central do encontro com o profissional (AYRES, 2009, p. 20).

Corroborando com esse pensamento sobre o campo do cuidado, Assis *et al.* (2010, p. 16), Merhy e Franco (2003) consideram a integralidade como um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um (re)direcionamento do modelo de atenção à saúde. Porque esse princípio exige do trabalhador de saúde o repensar das práticas desenvolvidas em seu cotidiano. Exige também que sejam revistos os valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde.

Por todas estas argumentações, fica muito evidente que o cuidado na atenção à saúde é feito clinicamente em práticas que prevalecem, quase que exclusivamente, a serviço da biomedicina. Mas, com esse reconhecimento, se explica porque o cuidado integral clama tanto por reorientação das práticas na possibilidade de buscar outras concepções pertinentes ao saber/fazer/humanização. É imprescindível, portanto, a criação de estratégias para a qualidade de vida.

Conforme Pinheiro (2009), o cuidado em saúde é um modo de fazer na vida cotidiana que se caracteriza pela atenção. A produção de cuidado é o modo de agir e se faz contextualizada e se transforma em experiência humana nos aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, de espaço e da ação de cidadãos em práticas sobre os outros em uma dada sociedade. Assim, o cuidado como ato resulta na prática do cuidar e o outro é o lugar do cuidado.

Para a autora acima, o cuidado integral de saúde é uma ação integral, fruto das relações entre pessoas. A ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O que significa dizer que as práticas não devem ser resumidas a procedimentos técnicos e nem resistirem às mudanças, mas, devem, sim, dar abertura para novos horizontes do cuidado.

3.4 O cuidado com plantas medicinais no modelo biomédico

As plantas medicinais sempre tiveram grande importância na medicina, possibilitada pelas experiências culturais das pessoas que acumularam o conhecimento sobre espécies vegetais ao longo dos tempos. Da medicina popular resultam os diferentes saberes sobre plantas medicinais, que tem despertado o interesse governamental de associá-los ao avanço tecnológico modelo biomédico e ao desenvolvimento sustentável conforme a PNPIC.

O advento das PICs plantas medicinais traz consigo possibilidades para o auto cuidado e o autoconhecimento. Portanto, é um cuidado emancipador que encontra seus fundamentos em Freire (2011), para explicar as circunstâncias de quem cuida e de quem está sob cuidado, porque, em ambos, a posição deve ser de respeito. No tratamento feito com as plantas medicinais o aceite ou a recusa precisa ser respeitada(o). Quem atende pode até mostrar sua postura quanto à fitoterapia, mas não deve desconhecer o direito do outro de desejá-la ou

rejeitá-la. Nestas situações, o papel de quem cuida é o de quem testemunha o direito de quem é cuidado de comparar, escolher, decidir ou não pela terapêutica.

Para Brasil (2012), a expansão da ESF facilita a implementação das ações e/ou programas com plantas medicinais e fitoterapia, principalmente porque, pela inserção das equipes nas comunidades, há uma aproximação com as pessoas da comunidade, pois, além do atendimento na unidade são feitas visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, atividades facilitadoras da troca de saberes. Conforme esta fonte, de forma complementar, as ações da fitoterapia promoveriam o fortalecimento do vínculo dos usuários e da comunidade com as equipes, a participação popular, a autonomia dos usuários e o cuidado integral em saúde.

Com o reconhecimento de que as plantas medicinais fortalecem a relação dos profissionais de saúde com os usuários do SUS, no Brasil têm sido implantados vários programas denominados Farmácias Vivas, voltados para a Atenção Básica à Saúde. Distribuídos em todas as regiões do País, ocorrem de maneira diferenciada, com relação aos produtos, ações e espécies de plantas medicinais, em virtude dos diferentes biomas. Alguns Estados/municípios já possuem políticas e legislação específicas para o serviço de fitoterapia no SUS e laboratórios de produção, disponibilizando plantas medicinais e/ou seus derivados, além de publicações para profissionais de saúde e população sobre uso racional desses produtos (RODRIGUES; SANTOS; SIMONI, 2011).

De acordo com Santos e Fonseca (2012), a forma de devolver a ciência das plantas medicinais para a comunidade, levando-lhe o ensinamento do seu uso correto, foi possível através das Farmácias Vivas, um trabalho resultante de pesquisa etnobotânica, etnofarmacológica, taxonômica, bibliográfica e experimental. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM 886, de 20 de abril de 2010, instituiu a Farmácia Viva no âmbito do SUS, sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Segundo Malta, Diniz e Oliveira (1999), o programa selecionou mais de uma centena de espécies vegetais medicinais e teve, como critérios imprescindíveis, o reconhecimento de seu potencial de eficácia terapêutica e segurança de uso e foi criado no Estado do Ceará, tendo se transformado em referência para o Nordeste brasileiro e, posteriormente, para todo o País.

As ações com plantas medicinais e fitoterápicos na saúde pública foram oficializadas no Ceará por meio da Lei Estadual no 12.951, de 07 de outubro de 1999, sendo posteriormente regulamentada pelo Decreto no 30.016, de 30 de dezembro de 2009. Nesse

regulamento técnico, foram instituídas as boas práticas para o cultivo, manejo, coleta, processamento, beneficiamento, armazenamento e dispensação de plantas medicinais, orientação para a preparação de remédios de origem vegetal, bem como a preparação de fitoterápicos e sua dispensação. Estabeleceu, ainda, três modelos de Farmácias Vivas a partir dos tipos de atividades realizadas (CEARÁ, 2009).

Farmácia Viva I – Neste modelo são desenvolvidas as atividades de cultivo a partir da instalação de hortas de plantas medicinais em unidades de farmácias vivas comunitárias e/ou unidades do SUS, tornando acessível à população assistida a planta medicinal *in natura* e a orientação sobre a correta preparação e uso dos remédios caseiros. Farmácia Viva II – Neste modelo, são realizadas as atividades de produção/dispensação de plantas medicinais secas (droga vegetal). Para tanto, deve possuir uma adequada estrutura de processamento da matéria-prima vegetal, visando a tornar acessível, à população, a planta medicinal seca/droga vegetal. Poderá, ainda, desenvolver as atividades previstas no modelo I. Farmácia Viva III – este modelo se destina à preparação de “fitoterápicos padronizados”, preparados em áreas específicas para as operações farmacêuticas, de acordo com as Boas Práticas de Preparação de Fitoterápicos (BPPF), visando ao provimento das unidades do SUS. O modelo III poderá, ainda, realizar as atividades previstas para os modelos I e II (CEARÁ, 2009 *apud* SANTOS & FONSECA, 2012, p. 100).

Santos e Fonseca (2012) afirmam que, com respeito à normatização e à regulamentação sanitária das Farmácias Vivas e às definições das normas para cultivo e manejo de espécies de plantas medicinais, tudo é feito pelos órgãos reguladores. Os produtos obtidos na Farmácia Viva, em qualquer um dos modelos estabelecidos na regulamentação, possibilitam o acesso às plantas medicinais em todas as formas de acesso previstas na PNPIC.

Segundo Brasil (2012), o uso racional das plantas medicinais no SUS requer o desenvolvimento de estratégias de divulgação e informação de conhecimentos básicos sobre plantas medicinais e fitoterápicos, tanto aos profissionais de saúde e gestores, quanto aos usuários. Para tanto, podem ser desenvolvidas ações de divulgação aos usuários, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos e outros na perspectiva de identificar, articular e apoiar experiências de educação popular⁵, sempre considerando as metodologias participativas⁶.

⁵ Educação popular é, em si mesma, um movimento de trabalho pedagógico que se dirige ao povo como um instrumento de conscientização; realiza-se como um trabalho pedagógico de convergência entre educadores e movimentos populares; é aquela que o próprio povo realiza, quando pensa o seu trabalho político e constrói o seu próprio conhecimento (BRANDÃO, 2006).

Conforme Campos (2003), a fitoterapia pode e deve ultrapassar a condição de ser apenas um instrumento a mais para implementar a atividade clínica. Ela deve avançar no sentido de uma clínica ampliada para vir a ser uma ferramenta de valorização das tecnologias leves e da dimensão que cuida e potencializa o cuidado como um todo. Sabe-se que ainda existe um longo caminho a ser trilhado. Contudo, o empoderamento dos sujeitos envolvidos nessa opção de saúde pode ser um aliado para o advento do cuidado com plantas medicinais, porque, como afirmam Merhy e Feuerwerker (2009), o cuidado é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para a defesa da vida e não a clínica.

Assim, Brasil (2012) supõe que será necessário promover ações junto às equipes de Saúde da Família e aos usuários da rede pública. As políticas públicas de saúde sugerem: que os profissionais de saúde sejam qualificados buscando facilitar/fomentar o intercâmbio entre os diferentes sujeitos e áreas do conhecimento; que exista a definição da relação de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos analisados distintamente, considerando-se os saberes populares/tradicionais e científicos com o objetivo de selecionar aqueles que oferecem segurança e efetividade para orientar gestores e profissionais de saúde sobre os produtos fitoterápicos a serem disponibilizados pelo Sistema; definição das formas de acesso, infraestrutura, atendimento às exigências sanitárias, recursos humanos e financeiros a serem disponibilizados à comunidade.

No entendimento de Bastos e Lopes (2010), para que a fitoterapia seja resgatada, é necessário investir em uma nova política de formação e em um processo permanente de capacitação dos recursos humanos que exerçam papel fundamental e direto com a população, de modo a se criar a oportunidade de educá-la e de esclarecer quanto ao uso adequado das plantas medicinais. Nesse sentido, há de se chamar a atenção para a temática do conhecimento insuficiente sobre a fitoterapia, pois atuar nos campos da prevenção, promoção, manutenção e recuperação na Rede de Atenção Básica de Saúde exige profissionais qualificados de modo que, embora tal mudança se baseie em um modelo biomédico, ela deve estar centrada na integralidade do cuidado.

6 Metodologia participativa é um processo contínuo, caracterizado por não ser estático. É uma base para o trabalho com enfoque participativo que precisa ser adaptada, a cada instante, de acordo com cada grupo alvo e sua realidade. Não adianta tentar aplicá-la em cada momento de uma forma igual, usando as mesmas ferramentas, na mesma sequência e no mesmo ritmo temporal. Existem seis etapas, descritas a seguir, que definem algumas exigências a serem cumpridas para garantir melhores efeitos do trabalho desenvolvido: Sensibilização e Mobilização; Diagnóstico Participativo; Planejamento Participativo; Execução de Atividades e Projetos Específicos; Monitoramento, Avaliação, Acompanhamento e (re)planejamento (KUMMER, 2007).

As práticas enraizadas na sabedoria popular e já reconhecidas no meio científico devem ser integradas, porém, de maneira a serem vinculadas à assistência à saúde como um todo. Um sistema de saúde que adota a fitoterapia deve incorporar um conjunto de atitudes, valores e crenças que constituem uma filosofia de vida e não estabelecer-se como uma mera distribuição de medicamentos (LEITE, 2000).

3.5 Território, modos de vida e situações de saúde

No cotidiano da vida, as pessoas interagem e constroem relacionamentos com outras pessoas e com o ambiente. Os seus modos de vida vão criando necessidades a serem atendidas e circunstâncias em processos variáveis que criam condições para interferências na situação de saúde individual ou coletiva. A saúde, como processo, exige que as pessoas decidam conquistá-la. Do contrário, naturalmente surgem os problemas de saúde.

De acordo com Monken (2003), a compreensão sobre a interação acerca das questões que se referem ao ambiente e problemas de saúde, em escala global e local, desencadeou um processo que vem estabelecendo ações, dentre elas a territorialização das atividades de saúde que vem sendo preconizada por diversas iniciativas, a exemplo da ESF no interior do SUS, no sentido de se garantir a qualidade de vida. Para este autor:

A territorialização da saúde consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de vigilância em saúde, a partir de uma delimitação territorial previamente determinada. No entanto, esta estratégia muitas vezes reduz o conceito de espaço, que é utilizado meramente de forma administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (MONKEN, 2003, p. 20).

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade.

A categoria geográfica do território utilizado pode ser assim operacionalizada devido à sua concretude construída pelas práticas humanas, tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como as práticas circunscritas à vida social cotidiana. (MONKEN, 2003, p. 22).

No exercício cotidiano do cuidado em saúde, Assis *et al.* (2010, p. 16) acrescenta que o movimento de reorganização tecnológica do trabalho em saúde implica a compreensão de como se dão as complexas relações entre as pessoas e o seu território de vida. Assim, a atuação dos profissionais de saúde requer um trabalho fundamental que é a identificação das características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, bem como de seus problemas (vulnerabilidades) e potencialidades, no reconhecimento do território.

Assim, antes de tudo é preciso ter um diagnóstico da situação de saúde da população que determine a existência de necessidades da população, as quais precisam ser atendidas. Esta medida é imprescindível porque, contemporaneamente, conforme Merhy e Feuerwerker (2009), os modelos hegemônicos são eficazes apenas na produção de respostas pontuais, que levam o usuário a abrir mão de graus da sua autonomia para submeter-se ao tratamento, cujo foco está centrado no problema biológico. Mas são ineficazes quando passa a crise e o usuário reassume o comando da vida, deixando a governabilidade dos profissionais de saúde sobre sua condução drasticamente reduzida. Para esses autores:

O território que pertence aos trabalhadores da saúde também pertence a todos os usuários. É configurado a partir do trabalho vivo em ato e articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde (MERHY, FEUERWERKER, 2006, p. 10).

Esta concepção de território na área de saúde é a de território-processo, que foi proposto por Mendes *et al.* (1995). Eles definem território-processo como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde existe tensão dos sujeitos postos na arena política, que além de território-solo é também território econômico, cultural e epidemiológico.

Para Aquino (2003), reafirmando o pensamento de Mendes *et al.* (1995), o território não é homogêneo nem simétrico e o seu esquadramento deve ser feito para revelar as assimetrias espaciais, ou seja, as formas como se distribuem no espaço os distintos grupos sociais que ali vivem e que possuem necessidades e demandas diferenciadas. Ou seja, as doenças e os agravos à saúde não se distribuem homogeneamente nem respondem em qualquer situação às mesmas ações.

Assim deve ser lembrado, porque quando se decide por um cenário de reorganização do modelo de atenção, em determinado território, com base no diagnóstico de suas necessidades, a comunidade deve ser convidada a dar opinião e a fazer a negociação indispensável.

Por todas essas oportunidades, em função do grau de autonomia que venha a ser obtido, pode-se acreditar em transformações no campo da saúde. Como esclarece Assis *et al.*:

Surgem novos rumos para a biomedicina. Algumas propostas alternativas vêm emergindo, enfatizando a necessidade de se resgatarem valores como democracia, ética, capacidade crítica e autonomia na medicina, valores que são defendidos, também, como fundamentais para a superação da crise que teima em se instaurar. Transformar a medicina contemporânea passa pela necessidade de privilegiar os sentimentos dos pacientes, de seus familiares e dos profissionais de saúde, todos considerados envolvidos na arte de curar, e a estimular a reflexão em conjunto para as tomadas de decisões necessárias, ou seja, a democratização da relação médico-paciente, resgatando, enfim, sua humanização (ASSIS *et al.*, 2010, p. 16).

Conforme Duque Júnior (2014) a atividade agrícola sob a forma de hortas, é uma atividade que permite um processo educativo sociocultural, importante a ser desenvolvido nesse segmento, estimulado através do contato com os elementos da natureza, tão raro no cotidiano da maioria dos habitantes da área urbana. Sendo a educação relevante para as crianças, que tendem a se espelhar nas atitudes dos pais, passando o hábito da prática de geração em geração. Assim, as ações devem priorizar o trabalho educativo na sociedade civil, para o esclarecimento das pessoas.

No mesmo entendimento, O'Reilly (2014) complementa assegurando que a educação ambiental, em comunidades com Agricultura Urbana (AU) em hortas comunitárias, subsidia a educação popular e tem como vantagens as práticas de: desenvolvimento social e diminuição da marginalização, ocupação e sustentabilidade nas cidades. Um exemplo colocado pela autora é a valorização da produção local de plantas úteis, como as medicinais, que permitem o tratamento fitoterápico.

Algumas das alternativas para a biomedicina vêm da medicina integrativa, uma proposta terapêutica complementar para fortalecer o modelo de atenção à saúde. Em tempos de crise é preciso que se enxerguem perspectivas de renovação e de criação de ideias inovadoras para o setor saúde. As oportunidades que surgem devem ser valorizadas e direcionadas estrategicamente de forma a contribuir para o cuidado integral.

3.6 Organizações e micropolíticas

A condição indispensável para uma pessoa, um grupo ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos seus

desafios do trabalho. Com essa ideia, Merhy e Feuerwerker (2009, p. 12) são enfáticos ao afirmarem que o olhar do outro muitas vezes funciona como dispositivo para que cada um ponha seu modo de operar em análise e em questão, por isso é que o coletivo é fundamental.

Esta visão no campo da saúde mostra que a gestão deve permitir a criação de possibilidades junto às suas equipes, buscando efetivar outras práticas para um SUS mais humanizado e acolhedor, na busca da integralidade. Entretanto, cautelosos, Assis *et al.* (2010, p. 55) esclarecem que a mudança das práticas não é um ato isolado do trabalhador, visto que ele precisaria de um suporte consistente para desenvolver suas ações criativas. Contudo, os profissionais da saúde poderiam estabelecer redes de compromissos com os usuários que demandam determinado cuidado cotidianamente.

O sentido dessas redes, conforme o entendimento de Scherer-Warren (2012), diz respeito a tipos de interação com certa continuidade ou estruturação, tais como relações ou laços em torno de afinidades/identificações entre os membros ou objetivos comuns em torno de uma causa. Os coletivos em rede referem-se às conexões entre organizações empiricamente localizáveis. Estas podem vir a serem segmentos (nós) de uma rede mais ampla de movimentos sociais, que se caracteriza por ser uma rede de redes.

A respeito dos movimentos sociais, Scherer-Warren (2012) explica que são redes sociais complexas, que transcendem organizações e que conectam de forma simbólica, solidária e estratégica de sujeitos individuais e de coletivos, que se organizam em torno de identidades ou identificações comuns, em um campo de conflito com adversários, políticos ou sistêmicos em torno de um projeto de utopia de transformação social. Para esta autora:

Os movimentos sociais buscam empoderar e capacitar a sociedade civil para participar na esfera pública estatal, negociando e colocando os interesses e reivindicações, resguardando a autonomia de suas concepções e posicionamentos. Está surgindo um movimento do cidadão crítico, não mais com um projeto para controle do Estado, mas com um projeto de controle social pela cidadania em relação às questões de interesse público. Para tanto, o movimento crítico busca a democracia para negociar suas demandas nos espaços governamentais e estatais. Mas ao mesmo tempo visa [*sic*] capacitar essa participação e fortalecer os espaços próprios da sociedade civil organizada (SCHERER-WARREN, 2012, p. 84).

De acordo com Scherer-Warren (2012), é através de caminhos árduos de construção de uma história de conquista de novos direitos humanos e de cidadania, que a história se constrói pela contribuição de muitas pessoas, representantes como os próprios sujeitos, as organizações e os movimentos sociais.

3.6.1 Micropolíticas na produção do cuidado em saúde

Neste tópico trata-se de tensões e forças, na produção de cuidado pelo conhecimento de políticas públicas e as relações das micropolíticas, vivenciadas pelos movimentos dos comunitários, usuários e profissionais de saúde, frente ao estado, nas experimentações do Sistema Único de Saúde.

No campo da saúde, as micropolíticas da produção do cuidado apresentam sujeitos que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Conforme Merhy (2002), os sujeitos fazem uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano deles, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador.

No campo estatal, Costa *et al.* (2016) afirma que por meio da civilização e das produções culturais dela oriundas, se materializou as diversas modalidades de organizações institucionais, enquanto formações que sedimentam os modos prevalentes de lidar com o desamparo e seus desdobramentos. Para este autor:

[...] os homens procuram o Estado e as instituições incitados pela crença de que, por meio de tais dispositivos, poderiam enfrentar a absoluta condição de desamparo. O que pode se revelar nessa busca por amparo é exatamente outra forma de desamparo, não apenas marcada pela negligência, mas também pela opressão, violência e exclusão. [...] isso não cessa de produzir agenciamentos e encontros nas entrelinhas e nas brechas do próprio Estado ou naquilo para além ou aquém dele. (COSTA *et al.*, 2016, p. 30).

A sociedade civil e o Estado como os construtores do espaço público são assim apresentados por Toro e Wernek:

A auto-fundação da democracia supõe que é a sociedade civil quem constrói o Público. A construção do público como a construção do que convém a todos. A força das instituições públicas e das leis que regem as relações da sociedade depende de que ambas reflitam o interesse dos cidadãos. Quando a sociedade civil se organiza, quando os indivíduos se constituem em sujeitos sociais, buscam que o Público surja da deliberação e da participação de todos e reflita a comunidade. Quando isso ocorre, vêem seus interesses representados no Estado. Assim, a ação pública é apoiada pela sociedade e se torna transparente (TORO, WERNEK, 1996, p. 17).

O Estado definido por Mattos e Batista (2011), é um ente que atua na intermediação de interesses com vistas ao estabelecimento de uma ordem, de um bem comum, obrigatoriamente relaciona-se Estado a aparatos organizacionais, ou àquilo que é reconhecido como governo.

Governar um Estado passou a significar gerir bem uma população em seu território e estabelecer mecanismos de controle social com determinado embasamento racional.

Para Romagnoli (2016), tradicionalmente prevalecia o clientelismo e assistencialismo que negavam direitos sociais e as ações se apresentavam como favores trocados por votos refletindo o quão prejudicial era esse modelo para a sociedade devido a sua ineficácia no combate à exclusão social. Assim foi preciso ser criadas políticas públicas, na tentativa de assegurar direitos e promover a cidadania em segmentos da sociedade.

Com a criação do SUS foi proposto um novo ordenamento do modelo de atenção para promover uma maior efetividade nas suas ações embasadas em diretrizes de descentralização político-administrativa incluindo a participação da comunidade para fortalecimento rede de atendimento, que coloca a ESF como porta de entrada do sistema para garantia do acesso a saúde como um direito.

3.7 Planejamento estratégico situacional

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é geralmente, utilizado na área de Saúde de um município, como um instrumento que reafirma o seu compromisso com a consolidação do SUS. Busca aprofundar o diagnóstico da situação de saúde da população ali residente, além de detalhar as diretrizes, objetivos e ações prioritárias a serem desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde, através de um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade e com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

O PES é, assim, um termo bastante empregado na área da saúde e foi proposto originalmente por Carlos Matus como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica que contempla, simultaneamente, a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Tem como base “[...] a teoria da produção social, onde a realidade é indivisível, que entende, que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem” (MONKEN, 2003, p. 94).

Conforme Teixeira (2010, p. 27 *apud* MATUS, 1993), um dos elementos centrais da obra de Matus é o desenvolvimento da “ciência e das técnicas de governo” que possam

contribuir para o aumento da capacidade de governo dos Estados latino-americanos. Para Matus, governar é algo muito complexo, que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar é imprescindível, cada vez mais, deter um certo domínio teórico sobre os sistemas sociais. E ainda, governar exige articular constantemente três variáveis: projeto de governo; capacidade de governo e governabilidade do sistema, cuja articulação compõe o triângulo de governo. Desse modo:

O PES, proposta geral complementada posteriormente com outros métodos que constituem a chamada ‘trilogia matusiana’, fundamenta-se em um arcabouço teórico que enfatiza o conceito de situação e contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o ‘explicativo’, o ‘normativo’, o ‘estratégico’ e o ‘tático-operacional’. O primeiro implica a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação. O segundo contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, com o desenho dos Módulos Operação-Problema contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas. O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano (TEIXEIRA, 2010, p. 30).

De acordo com Teixeira (2010), essa perspectiva incorpora o planejamento estratégico-situacional como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços.

O PES dispõe de métodos para lidar com surpresas e diferenciar os problemas bem-estruturados dos quase-estruturados, reconhece a existência de recursos escassos sejam eles: políticos; econômicos; cognitivos e organizacionais. É útil para tomada de decisões no presente e preparado para renovar o cálculo sobre o futuro, de acordo com as mudanças da realidade.

A utilização do PES deve nortear as necessidades das políticas de saúde de acordo com a disponibilidade de recursos financeiros, que possam se investidos em ações para melhorar a eficiência e eficácia do Sistema Municipal de Saúde. A escolha dos problemas deve ser criteriosa, estratégica, pois implica a capacidade de resolvê-los e a viabilidade política desse enfrentamento, assim como a obtenção de resultados dentro do período de gestão da proposta. É esse campo de discussão de modelos e formas de organização, com o objetivo de desenvolver ações e serviços que busca possibilitar aos gestores a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos. Nesse sentido, é que as políticas de saúde de interesse podem vir a ser implantadas, na Rede de Atenção à Saúde municipal.

3.8 Processo educativo para PICS na ESF

No campo da saúde, a educação é colocada, enquanto processo pedagógico, como estratégia necessária para a qualificação das práticas. Dessa forma, transformações nas práticas de saúde expressam a intrínseca relação entre ensino, ações e serviços desenvolvidos para o setor.

Para os autores Ceccim e Feuerwerker (2004):

A interação entre os segmentos da formação/ensino, da atenção/assistência, da gestão e do controle social em saúde foi apresentada como componentes do 'Quadrilátero da Formação'. A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – ensino/gestão setorial/práticas de atenção/control social – propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 59).

De acordo com Hilgard (1969), para a solução de problemas, pode haver vários tipos de aprendizagens, portanto, deve-se assegurar uma teoria completa que deve ter algo a dizer sobre o raciocínio, a imaginação criadora, a incentividade, além do que pode ser dito sobre memorização e retenção ou sobre a aquisição de habilidades. Depois que se aprende, há muita coisa que se é capaz de fazer. Podendo-se somar e subtrair, podem se resolver muitos problemas novos sem se aprender nada de novo. Para este autor:

[...] ao decidir-se quem deve aprender o que, as capacidades daquele que aprende são muito importantes; uma pessoa que aprende, sendo motivada, adquire o que aprende mais prontamente que a que não está motivada; A aprendizagem sob o controle da recompensa é comumente preferível à aprendizagem sob o controle de punição; a aprendizagem sob motivação intrínseca é preferível à aprendizagem extrínseca; a tolerância quanto ao fracasso é melhor ensinada proporcionando-se uma reserva de êxitos que compense o fracasso experimentado; os indivíduos necessitam de prática na fixação de objetivos realistas para eles próprios; a história pessoal do indivíduo, pode tolher ou aumentar sua habilidade de aprender (Hilgard, 1969, p. 607)

Para Brandão (1995) a educação existe no imaginário das pessoas e na ideologia dos grupos sociais; ali sempre se espera, de dentro, ou sempre se diz para fora, que sua missão seja a de transformar os sujeitos e o mundo em alguma coisa melhor, de acordo com as imagens que se tem de uns e de outros. Mas na prática a mesma educação que ensina pode deseducar, e pode correr o risco de fazer o contrário do que pensa que faz, ou do que inventa que pode fazer.

Na definição de Dewey (1978), educação é o processo de reconstrução e reorganização da experiência pessoal, pelo qual se percebe mais agudamente o sentido, e com isso se habilita a melhorar o curso das próprias experiências atuais e futuras. O fim (resultado) da educação se identifica com os meios (o processo).

A vida social exige, para se perpetuar, esse ensinar e aprender que constituem a educação, como o seu próprio modo de ser, o próprio processo de vida coletiva, em essência, consiste em ensinar e aprender. É a permanente circulação de experiências e de conhecimentos que forma a vida em comum dos homens e que lhes permite a perpétua renovação das suas existências, por uma perpétua reeducação (DEWEY, 1978, p. 20).

Assim se percebe que educação no espaço social abriga uma diversidade de práticas de formação de sujeitos. Nesta perspectiva, é preciso que seja vista como elemento de transformação que promova o empoderamento dos sujeitos para o exercício da cidadania e superação das formas de dominação no mundo. Essa é uma abordagem que traz a complexidade para a compreensão e intervenção na realidade contextual por uma vertente da educação emergente de uma escolha ético-política e socioambiental.

As metodologias de ensino, conforme Brasil (2000), apontam para uma condição fundamental para um adequado processo de aprendizagem a presença concomitante de três aspectos: o resgate do conhecimento prévio, durante o processo de ensino; a similitude do contexto, no aprendizado com a realidade a ser posteriormente enfrentada, ou seja, aprender de forma tal que propicie a aplicação do conhecimento na prática profissional; e o estímulo ao aprendiz para construir seu próprio conhecimento.

Sobre esses modelos, Rodrigues *et al.* (2011) afirmam que a oferta das PICs na rede pública traz como demanda investimentos em qualificação/formação de profissionais de saúde para implantação e desenvolvimento de ações/serviços na atenção à saúde da população. Neste caso, a Política preconiza o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICs para profissionais do SUS, em conformidade com os princípios básicos e diretrizes estabelecidos para o SUS, considerando as metodologias participativas e a educação popular.

Nesta perspectiva, o exercício de problematização da ação faz compreender as relações entre educação, movimentos de reapropriação do meio ambiente e mudança que dê autonomia às pessoas para inclusão das PICs. Conforme Morin (2013) a missão é formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas de seu tempo, pela reforma do pensamento. Desenvolver uma democracia cognitiva por meio de uma reorganização do saber sobre o ser humano, a natureza e a própria realidade. Para Morin:

Trata-se de uma necessidade histórica-chave: uma vez que a complexidade (desconhecimento ou ignorância transitória) dos problemas de nosso tempo nos desarma, torna-se necessário que nos rearmemos intelectualmente, instruindo-nos para pensar a complexidade, para enfrentar os desafios da agonia e tratar de pensar os problemas da humanidade, na era planetária. (MORIN, 2013, p. 28)

Conforme Freire (1987) em verdade, não seria possível, à problematização, que rompe com os esquemas verticais, realizar-se como prática educativa, sem superar as contradições. Como também não seria possível fazê-la fora do diálogo. [...] É através deste que se opera a superação do que é velho e deste resulta o que é novo. Assim, Freire (2011) diz que essa forma de ensinar exige método, pesquisa, respeito aos saberes, criticidade e ética. Exige risco, aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação. Freire (1992) explica que defender a presença participante na prática educativa significa democratizar o poder das escolhas.

De forma semelhante, Brasil (2009) diz que para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática. Cada atividade educativa que se pretenda levar à prática vai exigir, necessariamente, que se parta da revisão crítica das práticas atuais, de novos acordos entre os grupos de trabalho e das regras da organização.

Contextualizando para a gestão das PICs na ESF, é preciso que se dê visibilidade a estas por uma dinâmica das micropolíticas e das macropolíticas. Assim, a Educação popular é um instrumento de gestão participativa destas práticas nos serviços de saúde, pois aproxima os profissionais de saúde da luta dos movimentos sociais pela transformação da atenção à saúde, possibilitando a incorporação de formas de relação com a população bastante participativas e rompe com a tradição autoritária dominante (BRASIL, 2007). Assim, a participação efetiva pode ser considerada uma possibilidade de negociação entre os diversos sujeitos, sobre o grau de participação desejado por cada um.

3.8.1 O cuidado em saúde com uso de plantas medicinais

Para a gestão do cuidado com plantas medicinais nas práticas do modelo biomédico de atenção à saúde é imprescindível que haja foco na formação. Conforme Rosa *et al.* (2011), que analisou esta questão, o fato de não serem estimulados ao estudo dessa terapia na formação acadêmica é ressaltado pelos profissionais que, no exercício da profissão, deparam-

se com essa prática através da demanda dos próprios pacientes. Nestas circunstâncias, valem-se de fontes de informação como material não técnico, televisão, contato com outras pessoas, conhecimento geral. Estes foram os materiais identificados, pela autora acima, como predominantes, no movimento dos profissionais que parece ser o de uma busca por informações que supram as necessidades com que se defrontam no cotidiano de trabalho.

Sobre este aspecto, considerado importante na área da saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 50) dizem que a formação não gera profissionais que possam apenas ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor determinante da qualidade da resposta assistencial. O ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde. Mas, ainda é preciso acrescentar a incorporação de novidade tecnológica para novos processos decisórios que repercutam na concretização da responsabilidade técnico-científica, social e ética do cuidado.

É preciso, então, se admitir os muitos desafios a serem vencidos para a garantia da formação transdisciplinar da equipe de Saúde da Família. Pode até se compreender que seja natural uma certa resistência aos processos de mudanças. Mas não pode ser diferente, quando o profissional se coloca como um trabalhador do SUS. Nesse lugar, ele precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos.

Admite-se a necessidade de considerar a tradição e a modernidade nas atitudes em busca das transformações. O novo não anula o velho saber, mas relativiza as diferenças e potencializa as semelhanças em busca de um equilíbrio. Assim, avalia-se o quanto é necessário revisitar os primórdios das práticas dos guardiões ancestrais e fazer as relações com as práticas científicas atuais.

4 OS GUARDIÕES, A MEDICINA POPULAR, A MEDICINA OFICIAL E AS PERSPECTIVAS DE INTEGRAÇÃO DOS SABERES EM UM CONTEXTO

Todas as pessoas que lidam com doenças e curas ao praticarem o cuidado usando a tradição são guardiões de um saber tradicional e colocam o seu ofício a serviço do outro. Por existir uma diversidade de práticas onde foram agrupadas diferentes categorias de praticantes tradicionais da cura proveniente de um “dom” alicerçado na cultura e socialmente aceito, houve o surgimento de várias denominações para essas pessoas, tais como: feiticeiro; mágico; xamã; especialista popular; curadores; curandeiros; benzedores; raizeiros; e tantas outras derivações destas, que aparecem. No entanto, a característica marcante destas pessoas é a de reproduzirem as condições sociais de existência simbólica das diferentes práticas, sobretudo do modo de viver e ver o mundo, para construir a sua história e perpetuar o saber que guardam consigo.

Será utilizado nesta pesquisa o termo guardião, uma vez que, independentemente da denominação, a guarda do saber pela tradição é ação do guardião; é vigiar, para proteger, conservar, tomar conta. Com todos esses significados da ação, chega-se à denominação do guardião e com ela é possível representar-se as demais categorias que retratam as especialidades dos profissionais da cura pela medicina popular.

4.1 Os guardiões e o cuidado que oferecem

Desde as mais remotas épocas, na história de diferentes civilizações, há registros da presença de pessoas que se ocupavam dos cuidados com problemas de saúde ou doenças dos outros, em rituais de cura e utilização dos recursos naturais, em especial das plantas medicinais. Para Surmacz (2010), a vida no campo em contato direto com a natureza, com a terra, com os rios, vales, montanhas e árvores, no cotidiano dos camponeses e dentre eles os que eram reconhecidos como médicos populares, havia o conhecimento de cada planta, folha, casca, semente ou raiz, identificadas e utilizadas no cuidado com as doenças, na expectativa de cura rápida e eficaz.

Conforme Camargo (2014), esse foi um período em que as plantas desempenhavam importante papel na vida do povo conhecedor das espécies que tinham poderes mágicos

quando nas mãos de experientes manipuladores. A medicina pré-técnica interpretava as doenças como resultado de ações divinas ou sobrenaturais que eram resolvidas pela ação dos guardiões. Assim, história das plantas teve início quando o ser humano deu início à busca do conhecimento sobre os vegetais.

O povo do campo, ao dialogar com a natureza através do trabalho de obter o seu sustento, extraía dela os seus recursos terapêuticos e formavam uma ciência à base de conhecimento popular, dotada de uma eficácia e de várias lógicas e, também, ainda estabeleciam relações sociais com comunidades locais (OLIVEIRA, 1983). Criavam as suas estratégias de cura por meio de uma ciência popular que podia ter muito, pouco ou nada a ver com a religião. Estas pessoas, os guardiões, eram também os cientistas populares e possuíam um conhecimento profundo da cultura popular rural e um compromisso social muito grande com ela (SURMACZ, 2010).

Para Oliveira (1983), os guardiões são pessoas que têm experiências muito profundas na cultura popular, que lhes forneceu modos próprios de conhecer os mistérios da vida, os segredos da natureza e as artimanhas das relações sociais. São ambíguos, singulares e, ao mesmo tempo, sábios. Buscam fora de si o poder para curar as pessoas. Em termos amplos, eles espelham a cultura popular do campo na cidade. Em termos restritos, era no campo que ocorria uma relação de solidariedade, antes do fenômeno migratório.

Durante muitos séculos, a doença foi considerada como influência dos maus espíritos. As formas de cuidar e curar estavam ligadas a uma sorte de práticas mágicas com o objetivo de acalmar aqueles maus espíritos ou afugentá-los. As práticas que tinham em vista o cuidar e o curar estavam quase sempre associadas a rituais mágicos e religiosos. Aqueles rituais de cuidados, para cura dos doentes, estavam associados ao sobrenatural, ao simbólico. A concepção mágica da natureza levava os doentes a acreditarem nos guardiões, porque eles possibilitavam uma certa compreensão da natureza (ROSSI, 2001). Mauss (2000) considera os guardiões como mágicos, porque por meio dos ritos e representações passam a ser o foco de sentimentos sociais.

As maneiras de interpretar as doenças não diferiram muito nos períodos históricos, pois ainda persistem até hoje em muitas sociedades contemporâneas a crença nos encantamentos. Segundo Mauss (2000, p. 23), os encantamentos são feitos numa linguagem especial, que é a linguagem dos deuses, dos espíritos, da magia. Para os encantamentos, nunca ninguém pôs em dúvida que fossem ritos, uma vez que são tradicionais, formais e revestidos de eficácia *sui generis*. Para este autor:

[...] rito mágico é qualquer rito que não faça parte de um culto organizado, privado, secreto, misterioso e tendendo como limite para o rito proibido. A magia é definida não pela forma de seus ritos, mas pelas condições em que eles se produzem e marcam o lugar que ocupam no conjunto de hábitos sociais (MAUSS, 2000, p. 23).

Nas sociedades primitivas, só os guardiões tinham tempo livre para fazer observações sobre a natureza, nela refletir ou com ela sonhar. Mauss (2000, p. 23) diz que “é possível acreditar que foi nas escolas dos guardiões que se constituiu uma tradição científica e um método de educação intelectual”.

Se, contemporaneamente, a situação de classe – concebida como grupo social – no interior das relações sociais, tira o poder dos guardiões, é na subjetivação do valor religioso e cultural, e no reconhecimento que crê dele, que se encontra o seu manancial. Esse é produzido através do confronto entre a hegemonia dos dominantes e a estratégia dos dominados, na criação de uma cultura viva que gera práticas diferenciadas. Está nas mãos desses sujeitos o poder de transformar, de produzir uma modificação da sua posição diante do mundo, passar de objeto a sujeito de sua própria história (OLIVEIRA, 1983).

As formas de dialogar com a natureza para produzir um ofício singular e a posição que os guardiões ocupam influenciam a percepção desses fenômenos sociais que se mantêm com as suas estratégias. Suas técnicas representam as formas de resistência política e cultural e autônoma frente às diferentes práticas de cura. Aos olhos da classe populares, o essencial do valor do guardião é que mesmo sendo qualificado para identificar e curar a doença, ele ainda assim é um membro que pertence à mesma classe do doente (OLIVEIRA, 1983).

4.2 A medicina popular e suas técnicas

Estudos sobre a medicina popular vêm sendo oferecidos à Ciência como embasamento para se esclarecer os seus usos terapêuticos no atendimento das várias demandas de saúde que existem em diferentes comunidades brasileiras. Desta forma, cabe aos praticantes culturais ou governamentais assegurar que esta prática não seja prejudicial.

Para Barbosa *et al.* (2004), a medicina popular é um elemento cultural de uma sociedade, e que ocupa um lugar importante, a despeito dos grandes avanços alcançados pela ciência na área da saúde, continua a receber créditos significativos por parte de seus praticantes. Siqueira *et al.* (2006) corrobora com essa ideia ao afirmar que, antes de procurar o

serviço de saúde, a maioria dos clientes costuma utilizar recursos populares em busca da solução para seus problemas de saúde.

A medicina popular possui lógicas particulares, formas específicas de atuação, eficácia e utilidade, sustentação e legitimidade que marcam tanto as fronteiras internas a esses fenômenos quanto àquelas que são externas a ele. Essa medicina é calcada na experiência histórica de uma população que conheceu o fenômeno migratório do campo para a cidade, mas não se apresenta apenas como remanescências de modos de produção de subsistência e nem é específica de modos de produção capitalista dependentes, mas, sobretudo, é afirmadora da cultura popular (OLIVEIRA, 1983).

A medicina popular é definida por Oliveira (1983) como uma forma alternativa à medicina erudita de produzir saúde e buscar soluções às aflições, abarcando um conjunto de técnicas, trabalhos e ferramentas de cura, partindo da cultura popular. Como uma prática social que exerce uma atividade sobre e entre as pessoas. No interior da medicina popular, os artifícios e estratégias do saber são criados e recriados pela cultura popular (conhecimentos sobre plantas, banhos, receitas, chás, simpatias, garrafadas, medicamentos caseiros, benzeções), são parte do imaginário terapêutico. Esse corpus de conhecimento não existe sistematizado na cultura popular. Ele é difuso e encontra-se em permanente redefinição. A medicina popular veicula sistemas de classificação de doenças e de fenômenos orgânicos e produz estratégias de cura (pautadas por prevenção, diagnóstico e enfrentamento) muito específicos. Essas são as partes que seus sujeitos têm da vida, do mundo, das necessidades, dos valores e das relações sociais que são permanentemente recriadas e reinventadas. É produzida em espaços domésticos (OLIVEIRA, 1983, p. 26).

A questão de legitimidade para qualquer prática social seja ela de cura, religião ou outra, segundo Oliveira (1983), está diretamente ligada ao acesso que seus sujeitos têm aos canais de divulgação e ao poder que se distribui, mesmo que desigualmente, entre os sujeitos sociais. A legitimidade encontrada para a medicina popular é também a sua experiência de solidariedade, concebida como prolongamento da experiência de vida de seus praticantes. Originalmente, se constituía numa prática feita por dominados para dominados. Mas contemporaneamente essa prática vem se abrindo a setores de população que, ou desacreditam da medicina erudita, ou que combinam, sem ambiguidade em determinados casos. Para a autora acima:

[...] as práticas de medicina popular surgiram como parte de uma cultura originalmente rural, dentro de uma esfera familiar. Nascidas das relações entre os homens, para satisfazerem suas necessidades, são práticas dinâmicas e atualizadas, à

medida que recriadas com o deslocamento das pessoas do campo para as cidades, permanecem resistentes às formas oficiais de cura. Dentre os motivos para a ocorrência desse fato, constata-se que: Primeiro, a medicina popular é uma prática que resiste política e culturalmente à medicina acadêmica. Isto quer dizer que ela confronta seus conhecimentos, o seu arsenal de técnicas e a cultura da qual é a medicina praticada pelos médicos, a medicina erudita. A medicina popular é realizada em diferentes circunstâncias e espaços e por várias pessoas (OLIVEIRA, 1983, p. 22).

De acordo com Surmacz (2010), a medicina popular está incorporada aos atos concretos, cotidianamente vividos pelas pessoas. Estes atos estão cristalizados em hábitos, costumes e tradições. Não se dá conta do quanto ela é importante, mas esta medicina é praticada na esfera familiar, na casa de amigos, vizinhos e parentes, na comunidade onde se mora, na cidade onde se vive. Ela é um fenômeno próximo a todos, mas muito complexo e uma prática de cura concreta.

4.3 A medicina do modelo oficial de saúde

As práticas de saúde do SUS representam a hegemonia biomedicina, considerada importante, mas que já não consegue respostas para tantas demandas. Para se entender como esse modelo se consolidou e chegou ao seu estrangulamento, recorre-se aos primórdios, através da história.

Conforme Camargo (2014), a partir do século XVI, no Brasil, tiveram início dois caminhos a ser trilhados pelos protagonistas da arte médica: um foi aberto e legitimado pelo povo, influenciado por correntes religiosas, regido pelas três principais matrizes envolvidas: portuguesa, indígena e africana, o que gerou a medicina popular hoje vigente no Brasil. Herança de uma medicina ancestral, calcada em padrões e valores ditados pelo consciente coletivo. O outro foi projetado historicamente no paradigma determinado pelas elites médicas, e se formou nas sociedades brasileiras, até a elevação da arte médica à categoria de medicina oficial.

Para a autora acima, é importante destacar que o caminho percorrido pela medicina das elites que, desde outros tempos, procurou destacar sua hegemonia, foi em todo o tempo atravessado pelos caminhos e desvios que a medicina popular foi traçando e implicando conflitos de toda ordem.

Com a ocorrência e o conhecimento das várias epidemias como a gripe, a coqueluche, a varíola, o tifo, tuberculose entre outras, surge também a preocupação com a prevenção das epidemias e o sistema de polícia médica. Para Rossi (2001), a partir de então os hospitais passaram a ser os depósitos de doentes e a prática da arte de curar cria as condições de consolidar o poder do Estado, que passa a ser controlador e higienizador. A ciência avança, as descobertas se sucedem e o conhecimento das doenças vai crescendo. Os hospitais foram, então, transformados em locais de rentabilidade para a iniciativa privada, quando o sofrimento vem buscar alívio. O eixo vida/morte norteia o cuidado hospitalar. Doença/saúde têm o hospital como espaço disciplinador do corpo físico, biológico e mais tarde do corpo social. O eixo morte/vida, constitutivo de conhecimento para manter os organismos em condições de não adoecer ou de se recuperar das doenças.

Conforme Capra (1982), consolida-se, assim, um modelo assistencialista e mecanicista porque passa a abordar os seres humanos como máquinas constituídas por peças separadas, tratando a doença como um funcionamento inadequado dos mecanismos biológicos e atribuindo aos profissionais de saúde a responsabilidade pela intervenção e conserto do problema no funcionamento de um mecanismo específico. Essa ideia é corroborada por Acioli (2006), quando afirma que a visão do corpo humano sob a perspectiva deste paradigma leva os profissionais de saúde a negligenciarem aspectos psicossociais, emocionais, espirituais e ambientais, que também podem influenciar nos mecanismos biológicos e possibilitar o surgimento de doenças. O paradigma que rege a medicina contemporânea, suas intervenções diagnósticas e terapêuticas, afastou-se do sujeito sofredor como uma totalidade viva.

4.4 A perspectiva de integração das práticas informais com as formais no cuidado com a saúde

A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma – Ata (1978), a prática social de tratar doenças por meio de saberes e habilidades incomuns foram reconhecidas. Com relação a essas práticas e aos seus praticantes, foi afirmado que:

[...] com o apoio do sistema formal de saúde, os praticantes autóctones podem transformar-se em importantes aliados na organização de medidas para aprimorar a saúde da comunidade. Certas comunidades poderão escolhê-los como agentes de saúde da comunidade. Na maioria das sociedades existem médicos tradicionais. Sendo eles muitas vezes parte integrante da comunidade, da cultura e das tradições locais, que em muitas localidades continuam a manter alta posição social, exercendo considerável influência sobre as práticas sanitárias locais. Logo, vale a pena explorar

as possibilidades de fazê-los participar dos cuidados primários de saúde e de lhes proporcionar o treinamento apropriado (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE EM ALMA-ATA, 1978, p. 51).

Os cuidados que se realizam em torno da saúde muitas vezes são entendidos de um modo bastante diferenciado e até limitado, tanto pelos usuários dos sistemas de saúde como pelos profissionais da rede de atenção. Conforme Gutierrez e Minayo (2010), os cuidados em saúde podem ser desenvolvidos em, no mínimo, dois contextos distintos. O primeiro tido como a rede oficial de serviços e o segundo configura a rede informal. O formal é representado pelo saber biomédico-científico e é altamente valorizado, ao passo que o informal é o saber popular, e não conta com tanto prestígio.

Conforme Capra (1982), qualquer mudança na assistência à saúde envolverá a formulação de novos modelos conceituais, a criação de novas instituições e a implementação de uma nova política. Esse autor pondera sobre as possíveis comparações estabelecidas entre os sistemas médicos de diferentes culturas e alerta que elas devem ser feitas com todo o cuidado.

[...] qualquer sistema de assistência à saúde é um produto de sua história e existe dentro de certo contexto ambiental e cultural. Como esse contexto muda continuamente, o sistema de assistência à saúde também muda, adaptando-se às sucessivas situações e sendo modificado por novas influências econômicas, filosóficas e religiosas. Por isso, a utilidade de qualquer sistema médico como modelo para uma outra sociedade é muito limitada. Não obstante, será útil estudar os sistemas médicos tradicionais; não tanto porque eles podem servir como modelo para nossa sociedade, mas porque os estudos transculturais ampliarão nossa perspectiva e nos ajudarão a ver sob nova luz as ideias atuais acerca da saúde e dos métodos de cura. Veremos, em especial, que nem todas as culturas tradicionais abordaram a assistência à saúde de um modo holístico. Através dos tempos, parece que as culturas têm oscilado entre o reducionismo e o holismo em suas práticas médicas, provavelmente em resposta às flutuações gerais dos sistemas de valores. Entretanto, quando suas abordagens eram fragmentadas e reducionistas, esse reducionismo era, com frequência, muito diferente daquele que domina a medicina científica atual (CAPRA, 1982, p. 285).

Um modelo alternativo de medicina deve concretizar uma política de saúde que no plano teórico parta das condições concretas de vida. Na opinião de Oliveira (1983), esse conceito de medicina deve passar necessariamente pela implementação de um espaço de atuação fundamental para a existência de uma prática de medicina de comunidade e descentralizada. Deve redefinir seus objetivos, suas políticas sociais e econômicas, pautando as práticas em uma nova organização social. Deve ainda abrir um horizonte de luta em que a população possa participar da formulação das políticas de saúde que deseja e engajar-se em movimentos sociais capazes de controlar os serviços de saúde.

A questão do saber popular utilizado em um conjunto de diferentes práticas de cura desenvolvidas a partir da cultura, confronta-se com o saber científico da medicina dominante. Oliveira (1983) enfatizou dois aspectos: o de suas ações com as demais opções de cura em sociedades capitalistas dependentes, e com alternativas a elas; e o das relações internas e da lógica de sua produção: seus agentes isolados, os guardiões. Sublinha-se, assim, o modo como a medicina popular responde, em alguma medida, às necessidades de alguns setores da sociedade.

Acioli (2006) diz que a forma como a população desenvolve suas práticas e o que tem sido valorizado por esses grupos no que se refere a sua saúde tem sido pouco observado e estudado. Por conta disso, além de um relativo desconhecimento, dá-se uma naturalização das práticas aí desenvolvidas, o que dificulta a percepção da complexidade e das interdependências existentes nas ações empreendidas regularmente pelas pessoas.

Para Barbosa *et al.* (2004), a adoção de terapias alternativas na assistência à saúde pode favorecer o alcance de melhores resultados no que diz respeito ao processo saúde doença. Apesar dos preconceitos, a credibilidade desses métodos não convencionais é crescente porque valorizam o indivíduo em todas as suas dimensões e instituem intervenções menos agressivas, com efeitos mais harmônicos no organismo.

Os cuidados da saúde a partir das relações entre políticas de saúde e as funções atribuídas aos guardiões no âmbito da cultura, experimentam flutuações, porque ainda prevalecem, mas a hegemonia do modelo biomédico tem sido forte. Entretanto, na retomada das discussões a partir da Carta de Ottawa, documento fundamental para orientação da promoção à saúde, a Organização Mundial de Saúde chamou a atenção para o papel insubstituível das políticas públicas, mas ressaltou ainda, com igual peso, a importância dos vários atores na construção dos cuidados e da qualidade de vida, e enfatizou, inclusive, a adesão dos sujeitos aos processos de cuidados tradicionais.

A dinâmica cultural recoloca os guardiões numa relação de confronto direto com os sujeitos da cultura dominante e no aprofundamento de suas contradições, abre-se-lhes um novo horizonte, em que será refletida a experiência de libertação de sua cultura. Nesse horizonte, será descortinada uma prática concreta que integrará a consciência das contradições sociais sentidas e vividas cotidianamente. Deve-se, então, recriar uma relação que vise a viver e a representar uma identidade (OLIVEIRA, 1983).

É uma prática de cura solidária e democrática e encontra-se em permanente confronto com a medicina erudita, tanto do ponto de vista da trajetória de iniciação dos seus agentes, da sua legitimidade política, como do seu arsenal de técnicas e ferramentas de trabalho. A medicina popular é uma das formas de prestação de serviços de cura, de fé e de assistência de baixo custo e de fácil acesso. Constitui-se numa medicina popular gerada dentro de um setor de cura que possui, como peso, uma categoria de profissionais populares. A medicina popular é parte das estratégias de respostas aos problemas concretos vividos cotidianamente (OLIVEIRA, 1983).

4.5 Profissionais de saúde e guardiões no contexto de Juazeiro/BA

A presença dos profissionais de saúde nas comunidades causa transformações e provoca diferentes olhares das pessoas sobre o cuidado de si mesmo, da família e do ambiente no processo saúde/doença. No modelo que se coloca como uma estratégia para a conquista do direito do cidadão à qualidade de vida, essa presença altera as formas de vínculo aos espaços de atenção à saúde no território. Consequentemente, com o aumento da demanda para os médicos nas unidades de saúde, ocorre uma menor procura pelos guardiões, o que demonstra uma mudança nas relações das pessoas que vivem em comunidades.

O convívio dos comunitários com os profissionais de saúde, o acesso à tecnologia e o estímulo a outros estilos de vida, de acordo com Silva (2012), acaba por introduzir outras formas de relações sócio-econômicas que provocam a modificação da diversidade cultural e da biodiversidade nas múltiplas formas de apropriação social construídas por estas comunidades ao longo dos tempos. Para as autoras acima, constata-se assim que, por trás da substituição dos cuidados com a saúde, há também uma diminuição de práticas populares locais. Novas territorialidades são construídas ora por conflitos ora por mediações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os guardiões. Essas novas ofertas e usos do território estão associados às novas territorialidades.

Neste contexto, é preciso que se inicie um processo de caráter integrador de saberes que visem ao diálogo sobre os sentidos das práticas populares e convencionais voltadas para a saúde. Contemporaneamente, em Juazeiro/BA, ainda é possível conhecer e presenciar os Guardiões no exercício de suas funções, quando expressam um saber que reforça o sentimento de pertencimento, de valorização de suas identidades sertanejas e dos seus sincretismos

religiosos. São as suas territorialidades enraizadas que resistem e, ao serem manifestadas, deixam transparecer, nos olhos, o brilho; na boca, o sorriso fácil; e, no semblante, a felicidade acalentadora de suas vidas.

As práticas terapêuticas com uso de plantas construídas socialmente possibilitam não só a constituição das identidades comunitárias e as relações de sociabilidades, mas também sinalizam a necessidade permanente dos saberes dialogarem com os usos e com a conservação dos ecorecursos de forma comum, de modo a ampliar o compartilhamento de responsabilidades que regularizam o acesso conforme as micropolíticas instituídas localmente.

Por este motivo, é pertinente trazer, para este contexto, a argumentação de Leff (2006) segundo o qual:

[...] as lutas sociais pela reapropriação social da natureza vão além da resolução dos conflitos ambientais, através da valorização econômica da natureza e da concentração de direitos sobre o uso dos recursos. Esta afirmativa remete a uma reflexão sobre as possibilidades de gestão territorial dos recursos naturais pelas populações locais e sua correspondência a determinadas potencialidades, no município de Juazeiro/BA.

Conforme Silva (2012), estas potencialidades podem estar presentes ou ser projetadas para a manutenção das futuras condições de existência e de legitimação dos direitos de propriedade das pessoas sobre o seu patrimônio de recursos naturais e sobre a sua própria cultura, frente aos processos de produção, estilos de vida e sentidos existenciais. Assim, é possível evidenciar que um destes indicadores, considerados como presentes, são os guardiões; eles são sujeitos condicionantes no processo de construção de uma proposta para inserção de plantas medicinais e fitoterapia no SUS. Suas práticas são construídas e legitimadas socialmente. Nas comunidades, eles contribuem para a comunicação e a formação de redes de minimização do processo saúde/doença e para uma relativa melhoria de vida das pessoas.

Ao se debruçar sobre as práticas tradicionais, Acioli (2006) recomenda que sejam concebidas como práticas em situações específicas, empregadas em determinados contextos. Recomenda que sejam identificadas as práticas voltadas para a saúde, para a doença e também para o cuidado, com vistas a buscar as possibilidades que se apresentam no cotidiano de determinado grupo social. Para este autor, as práticas tradicionais individuais e coletivas voltadas para a saúde indicam uma sabedoria, já que o saber não se refere a uma prática específica e, sim, aos sentidos, significados e valores advindos das experiências dos sujeitos e

incorporadas, cotidianamente, a partir de suas necessidades de cuidado e enfrentamento dos seus problemas de saúde.

Siqueira *et al.* (2006) afirma, com muita propriedade, que a assistência oferecida por profissionais àqueles que procuram as instituições de atendimento à saúde necessita fundamentar-se em uma abordagem mais ampla do indivíduo, o qual deve ser tratado como um sistema complexo de partes inter-relacionadas, de modo que sejam focalizados, além do aspecto biológico, seus valores culturais, sociais e suas necessidades psíquicas e emocionais. Crenças populares e recursos não convencionais, utilizados na solução de problemas de saúde, configuram-se para a população em geral como fatores extremamente ligados a aspectos sócio-culturais, por isso, devem ser considerados como relevantes quando se avalia o indivíduo como um ser integral, pertencente a um processo histórico.

Ao lembrar um pensamento de Geertz (1989), quando diz: “o mundo da vida cotidiana, sem dúvida é em si mesmo um produto cultural, uma vez que é enquadrado em termos das concepções simbólicas do fato, passado de geração a geração, é a cena estabelecida e o objeto dado de nossas ações”, admite-se a necessidade de considerar a tradição e a modernidade nas atitudes em busca das transformações. O novo não anula o velho saber, mas relativiza as diferenças e potencializa as semelhanças em busca de um equilíbrio. Assim, avalia-se o quanto é necessário revisitar os primórdios das práticas dos guardiões ancestrais e fazer as relações com as práticas científicas atuais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo analisa os discursos sobre a estruturação do cuidado em saúde com embasamento teórico da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), Plantas Medicinais e Fitoterapia. Inicialmente, se apresenta o perfil dos participantes e, posteriormente, o conteúdo dos resultados analisados, que foi organizado em três tópicos. O primeiro introduz a temática ao examinar se existe, nas comunidades, um alinhamento das práticas fitoterápicas com as diretrizes da PNPIC. O segundo apresenta dificuldades e potencialidades para a realização das PICs plantas medicinais e fitoterapia. O terceiro reflete a perspectiva de territorialização das PICs pela reorganização das práticas na ESF, destacando, ainda o modelo da teia de organização das PICs em nível de Atenção Básica e integrado a todo o sistema de saúde.

5.1 Perfil dos participantes

Conhecer o perfil dos participantes foi importante para revelações de características destes grupos, que são os depositários dos saberes necessários nas relações produtoras do cuidado em saúde.

Os profissionais de saúde entrevistados encontram-se na faixa etária de 25 a 58 anos. Quanto ao sexo, observou-se que 19% são do masculino e 81% do feminino. Considerando a escolaridade do conjunto, verificou-se que a maioria é originária do nível médio (71%), seguida dos que têm graduação (29%). Encontrou-se 01 Agente Comunitário de Saúde (ACS) que cursou a faculdade de Serviço Social. À exceção dos médicos que possuem residência (01 endocrinologia, 01 pediatria e 01 ginecologia), todos os outros graduados possuem curso de especialização em uma destas áreas: Saúde Pública; Saúde da Família; Saúde do Trabalhador e Gestão de Políticas Públicas. O tempo de atuação nas equipes da ESF variou de 01 mês a 13 anos.

Os guardiões entrevistados estão na faixa etária entre 52 e 80 anos; Quanto ao sexo encontrou-se: masculino (44%) e feminino (56%). Sobre o estado civil, afirmaram ser: viúvos (17%) e casados (83%). Todos confirmaram que têm filhos e o número destes, por informante, variou entre 03 e 10. A ocupação principal da maioria (61%) é cuidar da horta,

nos horários das 05h30min às 11h e das 14h às 18h, diariamente. Apenas um dos entrevistados acumula também a função de presidente da Associação da horta e outros três auxiliam nas atividades relativas a interesses dos associados. A renda principal da maioria (61%) é proveniente da aposentadoria, que é complementada com as vendas dos produtos da horta. No entanto, (39%) dos entrevistados disseram que vivem exclusivamente do trabalho na horta. A renda familiar informada variou de 01 a 03 salários mínimos mensais.

Quanto à instrução dos agricultores, foi encontrado apenas o grau referente ao ensino fundamental incompleto variando entre o 2º e 9º ano. O tempo de residência no local variou entre 26 e 40 anos. A maioria, 78% dos residentes, é procedente da zona rural do próprio município e de outros. Quanto ao tempo que trabalham na horta variou entre 06 e 31 anos.

Sendo assim, na diversidade, conforme formações e ocupações dos entrevistados emergiram várias opiniões sobre a realidade, vivenciadas por eles, como será mostrado em cada grupo.

5.2 Alinhamento das práticas com plantas medicinais e fitoterapia com as diretrizes da política nacional de práticas integrativas e complementares

O desenho da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) busca um alinhamento entre as práticas existentes nesta área às diretrizes de gestão das PICs Plantas medicinais e fitoterapia, pela disseminação conceitual da temática nos diversos serviços do SUS. Com este embasamento, a pesquisa analisa as práticas com plantas medicinais, sob a óptica de profissionais de saúde e dos guardiões. Nessa direção, faz-se necessário uma análise, com foco nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município.

Conforme Brasil (2006c), a PNPIC contempla diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS, cuja proposta foi construída seguindo o modelo da fitoterapia ocidental, entendida como “terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”, cuja abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Nesse sentido, visa a ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS com garantia de acesso aos produtos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade.

Para Brasil (2015), o documento oficial que contém a PNPIC elenca nove diretrizes para práticas com plantas medicinais e fitoterapia. Destas, foram utilizadas apenas quatro como critérios para as análises. Critério 1 - Provimento do acesso a plantas medicinais e aos fitoterápicos aos usuários do SUS que objetiva tornar disponíveis plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de Saúde; Critério 2 - Formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais de saúde; Critério 3 – fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social; e Critério 4 - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

As outras cinco diretrizes não foram usadas por serem de aplicação de outros níveis e não ter como serem analisadas no contexto da pesquisa, neste momento. São elas: elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos; Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS; Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS; Incentivo à pesquisa e desenvolvimento das plantas medicinais e dos fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País; e Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Nesta pesquisa, os resultados obtidos sobre as práticas com plantas medicinais, na percepção dos profissionais da ESF e dos guardiões, foram distribuídos da seguinte forma: análise da existência das práticas e do processo de cada prática, com destaque aos aspectos diferenciais entre os setores ESF e Hortas. Em razão do vínculo dos respondentes, foi necessário analisar os resultados de forma agrupada (nos setores) e separada em cada prática, as quais foram apresentadas em fragmentos de falas.

Foi possível identificar a existência de práticas populares com espécies medicinais, nas comunidades estudadas. Assim, as práticas terapêuticas mais comuns são: banhos, sucos, chá, cozimento para gargarejo, inalação, lambedor (xarope caseiro). Este resultado está em consonância com a PNPIC, porque como explica Brasil (2012), os medicamentos das práticas da medicina popular, são largamente utilizados, e o seu valor é determinado pelos compostos químicos que elas produzem, denominados princípios ativos.

Entretanto, não se pode afirmar que a existência das práticas represente um avanço, porque elas são realizadas por pessoas que desconhecem a definição de diretrizes, normas e outras recomendações da PNPIC, uma vez que no município não há legislação própria para práticas de fitoterapia no SUS.

Sendo assim, cabe lembrar que é preciso progredir na questão do conhecimento científico, pois conforme Brasil (2012), os maiores desafios são o estabelecimento dos critérios de segurança, eficácia e qualidade e ainda, a definição de regulamentação sanitária adequada. Assim, deve-se enfatizar que um produto (folha, caule, casca, flor, fruto, raiz) que contém princípios ativos num teor adequado, prescinde da identidade botânica e da formulação dos padrões para qualidade e segurança na oferta dos produtos e das PICs.

Os dados empíricos permitiram identificar, nos depoimentos dos profissionais, o lugar ocupado pelas práticas com plantas medicinais. Assim, fez-se o alinhamento das práticas com plantas conforme as percepções dos entrevistados, utilizando o Critério 1 - Provimento do acesso a plantas medicinais e aos fitoterápicos para usuários do SUS que objetiva tornar disponíveis plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de Saúde, de forma complementar, na Estratégia Saúde da Família, PNPIC (2015). Nesse contexto, destacam-se os seguintes lugares: Centro de terapias naturais, hortas comunitárias e domicílios.

Sim, aqui no bairro tem o Centro de Terapias Naturais Gianni Bande, que foi criado pelas religiosas. É uma instituição financiada por uma ONG da Itália. Lá eles utilizam drogas naturais, como as plantas medicinais porque sabem que elas não agredem o organismo. Elas trazem benefícios porque resolvem alguns problemas de saúde (E08 - PROFISSIONAL DA ESF DO JOÃO PAULO II).

Sim, temos um Centro de Terapias Naturais que trata as pessoas usando também, as plantas medicinais e os fitoterápicos, dentre os outros tratamentos alternativos que fazem lá, como os florais de bach, argiloterapia, massagem relaxante e a bioenergia. Aqui, no bairro tem uma grande horta e muitos quintais com plantas medicinais. Em quase todos os domicílios visitados, se encontra plantas com que se fazer um chá. Aqui ainda existe a manutenção da cultura dos chás e lambedores, no tratamento inicial das infecções, (E07 – PROFISSIONAL DA ESF DO JOÃO PAULO II).

Sim. As pessoas do bairro usam plantas medicinais no tratamento das doenças corriqueiras. Nos quintais dos domicílios ainda se cultivam as plantas usadas muito comumente, por serem remédios naturais. As pessoas se automedicam, inclusive com remédio de farmácia. (E10 – PROFISSIONAL DA ESF DO JOÃO PAULO II).

Sim, tem pessoas da horta que praticam a medicina popular, indicam e vendem plantas medicinais e lambedores para quem deseja, mas não existe nenhum projeto direcionado a uma parceria com a equipe da ESF para eles atenderem às demandas que nós atendemos (E18 – PROFISSIONAL DA ESF DO CSU).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família afirmaram que as práticas populares com espécies medicinais existem na área e curam algumas doenças, mas referem-se a tais práticas como àquelas realizadas por outras pessoas em outros espaços, distanciados daqueles onde ocorrem as práticas realizadas por eles.

Estes relatos mostram que não existem práticas com plantas medicinais na rotina de cuidado ofertado na ESF, embora tenha sido ressaltado, nas percepções dos respondentes, a contribuição e o impacto positivo da medicina popular nas comunidades. Para estes, é

importante a integração desta medicina com a da ESF. Nas entrelinhas, fica entendido que mesmo que os profissionais não realizem práticas fitoterápicas, na ESF, estes as reconhecem como importantes para os comunitários. Esta constatação é um ponto interessante para a manutenção da cultura local das terapêuticas com plantas medicinais, mas não o bastante, porque significa que, apesar das diretrizes definidas para a PICs, ainda não houve localmente, um movimento para integrá-la às demais práticas da ESF.

Quando perguntados sobre práticas populares com plantas medicinais, os guardiões revelaram a existência destas como sendo “naturais” da medicina popular local, por serem reconhecidas entre os comunitários, que buscam essa alternativa, porque confiam nela. Destaca-se que os depoimentos dos guardiões demonstram a familiaridade que têm com esta temática.

As pessoas ainda procuram bastante as plantas medicinais. Usam como remédio e alimento. Há 26 anos que aprendi preparar remédios com plantas. Tomo e me sinto bem. Planto pro consumo, vendo e indico quando as pessoas me procuram. Faz sair da dependência do remédio de farmácia. Tem a vantagem de ser natural, não vai envenenar, pois o remédio de farmácia cura algumas doenças, mas faz adoecer de outras, deixa a pessoa inchada (E 01 – GUARDIÃO DA HORTA DO JOÃO PAULO II).

Todas as doenças podem ser curadas com plantas medicinais. A gente sabe que é bom e serve para o problema porque as pessoas voltam para comprar, mesmo sem propaganda. Sei que o povo reconhece o valor das plantas, porque já tem 24 anos que trabalho aqui e vejo que todo mundo que já usou, quando quer vem de novo (E 11 – GUARDIÃO DA HORTA DO CSU).

Nossas práticas são naturais e existem para a realidade da vida. Mesmo as pessoas que nunca usaram quando estão desenganadas pelos médicos, nos procuram e se curam com os tratamentos preparados com as plantas. Uma pessoa com câncer de esôfago se tratou aqui, com o sumo da folha de calêndula, que é muito poderosa pra cicatrizar. Isso ocorreu há dois anos e a pessoa está aí curada, contando a história. A planta medicinal cura de dentro para fora (E 12 – GUARDIÃO DA HORTA DO CSU).

O nosso trabalho aqui na horta movimenta o CSU. Nossas plantas são orgânicas para um alimento sadio. A terapia com as plantas serve para não adoecer, para manter bem o corpo e a mente. A pessoa chega aqui perguntando por remédios naturais, mas muitas vezes já chega mesmo é sabendo o que quer. É um privilégio trabalhar com a terra, com as plantas, com os remédios naturais e servir à comunidade (E 13 – GUARDIÃO DA HORTA DO CSU).

Com base nos relatos, compreende-se que a demanda depende da vontade individual de quem faz uma opção pelo que considera ser mais fácil, barato e rápido, ou seja, as pessoas demandam as práticas populares existentes na comunidade pela familiaridade que têm com elas e por considerarem essas terapias possíveis de serem obtidas. É importante destacar que, neste contexto, não existe uma explicação científica para as práticas populares existentes e a busca das pessoas por elas ocorre espontaneamente, por meio dos próprios entendimentos

sobre os possíveis benefícios atribuídos às propriedades terapêuticas das espécies cultivadas nas hortas.

Na análise da origem do conhecimento dos profissionais de saúde e dos guardiões sobre as práticas com plantas medicinais, utilizou-se, também, o Critério 2 - Formação e educação. Essa diretriz analisa medidas que possibilitem definir localmente, a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que atuam nos serviços de Saúde, detalhando os aspectos relacionados à manipulação, uso e prescrição das plantas medicinais e dos fitoterápicos e os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais. PNPIC (2015).

Sobre esses aspectos, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que foram entrevistados afirmaram que o conhecimento possuído sobre plantas medicinais teve origem principalmente: nos mais velhos, nos familiares, nas religiosas, em curso e através de documentários da televisão.

Particpei de um curso com duração de uma semana. Foi oferecido aqui no município, por uma terapeuta, já nem me lembro mais do nome dela. Foi há 12 anos, mas aprendi muito e fui aplicando na comunidade (E 01 – PROFISSIONAL DA ESF DO JOÃO PAULO II).

Aprendi um pouco, com os mais velhos, eles quase sempre podem nos ensinar (E02-PROFISSIONAL DA ESF JOÃO PAULO II).

Aprendi com minha mãe. Morava no interior. Lá não se tinha as facilidades da cidade. Se usava muito eram as plantas, as rezas, as coisas mais fáceis de achar. Mas agora os remédios de farmácia estão fáceis. Difíceis são as plantas que se usava no interior (E 05 – PROFISSIONAL DA ESF DO JOÃO PAULO II).

Desde 1988, participo como comunitária de grupos da igreja, que conhecem as práticas com plantas medicinais, e aprendi muito com as religiosas. Sei preparar muitos remédios. Agora só preparo pra meu uso e de minha família. As pessoas que me conhecem me pedem esses remédios, porque eu fazia e indicava. Mas agora, não quero/não posso misturar com as orientações do meu trabalho (E 06 – PROFISSIONAL DA ESF JOÃO PAULO II).

O conhecimento que tenho é pouco, bem longe do que é preciso ter, para a prática. Obtive através de documentários da televisão. Nunca me aprofundi nesse assunto (E 20 – PROFISSIONAL DA ESF CSU).

Este resultado mostra que os profissionais da ESF, tanto os de nível médio como os de nível superior não possuem conhecimento obtido em cursos de formação específica desta temática. Se assemelha com o que foi encontrado na pesquisa de Rosa *et al.*, (2011) que objetivou conhecer as representações e a utilização da fitoterapia na Atenção Básica no município de Canoas (RS). No seu trabalho, a pesquisadora identificou que as fontes informais como: leituras de material não técnico, televisão, contato com pessoas no cotidiano do trabalho, foram predominantes na origem do conhecimento dos profissionais de saúde.

Nesta análise, fica evidente que a formação dos profissionais de saúde não proporcionou conhecimentos suficientes para a inserção da Fitoterapia como forma de tratamento proposta pela PNPIC. Constata-se, portanto, que os cursos da área de saúde não têm ou se têm o ensino da Fitoterapia no seu currículo, proporcionam conhecimentos que ainda são insuficientes diante das necessidades de formação para as práticas com plantas medicinais e em Fitoterapia. Constata-se ainda que o município não oportunizou a temática para cursos de educação permanente e, portanto, não contempla os aspectos relacionados à manipulação, uso e prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos.

A totalidade dos guardiões entrevistados, afirma ter conhecimento sobre práticas com uso de plantas medicinais. Quanto à origem do conhecimento, o aprendizado informado se deu com: familiares (mãe, pai e avós), pessoas mais velhas, vizinhos, e em cursos de curta duração, realizados na região, conforme pode ser observado na tabela 01.

Tabela 01 – Frequência absoluta e posição relativa para cada classe de respostas sobre a origem do conhecimento

Respostas sobre origem do conhecimento	Nº absoluto	Nº relativo
Familiares (mãe, pai e avós)	09	1º
Pessoas mais velhas	08	2º
Vizinhos	05	3º
Cursos de curta duração	02	4º

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para exemplificar, evidenciam-se as seguintes falas:

Aprendi com as irmãs, religiosas fundadoras da horta e do centro de terapia. Elas compraram livros, mostraram pra gente, e deram curso, também (E 02 GUARDIÃO DA HORTA DO JOÃO PAULO II).

Aprendi com as pessoas mais velhas com quem convivi. Aprendi com os vizinhos, um vai ensinando ao outro e vai se aprendendo e vai se ensinando (E4, GUARDIÃO DA HORTA DO JOÃO PAULO II).

Fui nascido e criado por muito tempo no interior e aprendi muita coisa com minha mãe. Mas aqui já aprendi muito, também. Na convivência com os agricultores daqui, aprendo todo dia (E 12 – GUARDIÃO DO CSU).

Diante destas colocações, pode-se afirmar que o conhecimento dos guardiões é o tradicional que é transmitido oralmente de geração em geração e se cristaliza como parte de sua cultura. Para Dias (2002), a cultura do uso e do cultivo de plantas medicinais, em comunidades da periferia, mostra-se como um importante recurso local para a saúde e para a sustentabilidade do meio ambiente urbano.

No entanto, nestes resultados não se encontrou nenhum processo educativo condizente com os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais como propõe a diretriz

do critério 2. Este dado negativo se constitui um impasse na implantação das PICs, tanto na esfera gerencial, como nas relações de produção do cuidado, porque conforme Ribeiro (2014), o poder exercido pelo conhecimento científico é considerado muito relevante para a implantação da PNPIC. Este autor garante que a adoção e o reconhecimento pelo SUS, das PICs só se efetiva quando os usos de plantas medicinais e fitoterápicos, já tenham sido objeto de estudos, desenvolvimentos técnicos, normatização e certificação para o seu emprego em todas as etapas da cadeia produtiva. Para Ribeiro (2014):

[...] a maneira da produção, aquisição, dispensação e os usos de plantas medicinais e fitoterápicos, no território brasileiro, dialogam de modo cooperativo, concorrencial ou conflitivo a política pública nacional de fitoterapia no SUS. [...] maneira, produção, aquisição, dispensação e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, em municípios de distintas regiões brasileiras, implicam distintas situações de sinergia entre saberes locais e saberes universalizados na política de assistência farmacêutica do SUS; compreensão aqui amparada na análise das sinergias e dos vínculos entre saberes locais e saberes universalizados na assistência farmacêutica do SUS quando da adoção de plantas medicinais e fitoterápicos pelos municípios. (RIBEIRO, 2014, p. 391).

Nesta compreensão a PNPIC preconiza mecanismos de formação das pessoas com o intuito de constituir as mediações necessárias para a realização e execução desta política pública. Conforme Ribeiro (2014) há uma estreita relação entre conhecimento e a adoção de políticas públicas com o objetivo de concretizar e garantir direitos. Para este autor:

[...] uma grande limitação das políticas públicas está relacionada ao reducionismo do território usado pelos desiguais. A diversidade dos usos não hegemônicos e de resistências, porta um conteúdo novo que poderia informar e conduzir mudanças mais expressivas nas políticas públicas. Assim, as políticas públicas também constituem um campo de lutas e afirmação de direitos, uma dimensão conflitiva de interesses e grupos, mas que promove a politização da discussão e amplia o debate para além do Estado como único centro de poder e da política (RIBEIRO, 2014, p. 388).

Essas colocações são corroboradas, por Brasil (2015) que recomenda a adoção de medidas que possibilitem: resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva das plantas medicinais e dos fitoterápicos. Dessa forma se pensa nas questões ambientais, sociais e econômicas, e em uma maior conscientização de todas essas pessoas envolvidas.

A análise das práticas populares dos guardiões, na perspectiva de que elas possam ajudar no trabalho dos profissionais de saúde pela colaboração entre os dois grupos foi feita pela aplicação do Critério 3 – a diretriz “fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social”.

Neste sentido foi perguntado aos guardiões, como a sua prática com plantas medicinais para tratamento das pessoas da comunidade pode ajudar o trabalho dos profissionais de saúde, e se obteve, como resposta:

Conscientizando as pessoas que a medicina natural também pode ser aproveitada por eles em benefício da comunidade. Vai ajudar muito (E 02 – GUARDIÃO DO JOÃO PAULO II)

Se os profissionais indicarem, eu posso contribuir com o fornecimento das plantas. Pode ser bom, porque vou aumentar as vendas. As pessoas vão usar mais remédios naturais e assim todo mundo sai ganhando (E 01 – GUARDIÃO DO JOÃO PAULO II)

Posso explicar o que sei sobre o nome e as indicações das plantas. Existem plantas com nomes variados e a gente tem que saber disso. As plantas têm um poder de cura dado por Deus criador, e a gente tem que levar em conta (E 09 – GUARDIÃO DO CSU)

As respostas demonstram uma disponibilidade dos guardiões no sentido de suas práticas, de alguma forma, ajudar nas práticas dos profissionais de saúde. Porém nenhuma iniciativa foi tomada, no sentido de se dialogar tal possibilidade. Não existem estratégias de aproximação das práticas podendo se afirmar que elas ainda não estão alinhadas à diretriz “fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social”.

O fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social é o que proporciona a governança na busca de garantir que os integrantes da ESF e das hortas formalmente possam discutir a temática, sendo imprescindível que todos se integrassem à tomada de decisões conscientes. Os resultados mostram que, na ESF, não existe governança a respeito do critério analisado. Dessa forma, não apresenta o processo gerenciador observando-se assim, a não existência de graus de envolvimento entre biomedicina e PICs. O que significa que, na prática, não existe a organização para a gestão das PICs.

Para Luz (2006), os espaços fortalecidos pela participação e controle social configuram-se como possibilidade de efetivar políticas de saúde que assegurem equilíbrio do processo saúde-doença. Assim, as práticas só passam por transformações com a valorização de comportamentos e posturas que dialoguem, com foco na ampliação e na abertura aos pressupostos do SUS e das políticas que lhe dão sustentação.

Ao serem indagados sobre conversas com profissionais de saúde a respeito das indicações de plantas medicinais e/ou integração das práticas, os Guardiões entrevistados deram respostas, como as que se pode observar nos recortes textuais abaixo:

Não. Os profissionais da ESF daqui, não indicam plantas e não conversam sobre esse assunto, nunca estiveram aqui. Já conversei com outras pessoas que vieram aqui

pesquisar. Pesquisadores, que vêm aqui saber sobre as plantas. Mostro os canteiros, falo o que sei e é só isso (E 02 – GUARDIÃO DO JOÃO PAULO II).

Não há conversa. Indico os remédios com plantas para as pessoas que querem, mas não sei explicar bem pro doutor. A mente já está cansada, me esqueço de algumas coisas. Mas se interessar, posso conversar (E 16 – GUARDIÃO DO CSU).

Também se indagou dos profissionais de saúde sobre suas considerações a respeito da eficácia e segurança das plantas medicinais e dos fitoterápicos. Os enunciados a seguir retratam os depoimentos:

Considero seguro sim. Se eu tivesse informação para dar uma boa orientação, eu daria, porque quando quem indica sabe, é seguro. Tendo a informação de qual planta vai ser indicada, de como usar e a quantidade certa faz o efeito desejado. As plantas também tiram o efeito dos remédios. Mas também podem potencializar o efeito deles. Se usar um, não usa o outro. Mas na área tem gente que usa tudo junto, sem problemas (E4- PROFISSIONAL DA ESF JOÃO PAULO II).

Acho seguro, sim. Tem que tomar na quantidade certa, não pode tomar de mais nem de menos. Já vi curas comigo mesma e com meus filhos, e com animais. Já vi as pessoas contando que se curaram (E15- PROFISSIONAL DA ESF JOÃO PAULO II).

Considero seguro sim. É muito seguro porque sou acostumada a usar e nunca tive problemas (E 26- PROFISSIONAL DA ESF CSU).

Nos depoimentos acima, um primeiro aspecto notado é a falta de conversa. Por mais que os profissionais estejam localizados na mesma comunidade das hortas e realizando práticas de atenção à saúde, como os guardiões também realizam, eles se colocam em estruturas diferentes e quase incomunicáveis. Existe uma preocupação dos guardiões de que suas práticas possam ser submissas às dos profissionais da ESF. Mesmo demonstrando respeito pelo que cada um faz, não há o entendimento de ambos os lados de que possam trabalhar de modo integrado.

Um segundo aspecto está relacionado com a estrutura de atendimento em detrimento do reconhecimento de que as práticas com plantas medicinais fortalecem a relação dos guardiões com os profissionais de saúde. Constata-se a ausência do diálogo entre eles, que ainda não foi visualizada na perspectiva do uso racional dos produtos fitoterápicos na ESF. Mesmo que nas comunidades as plantas medicinais e/ou seus derivados estejam disponíveis nas hortas, os profissionais de saúde não se interessam em saber mais sobre elas.

Os guardiões afirmaram, ainda, serem cadastrados pela ESF. Assim, quando precisam, procuram os profissionais de saúde para o tratamento e acompanhamento de saúde. Usam tanto o remédio caseiro como o de farmácia. Apesar disso, a análise permitiu verificar que há pouca comunicação sobre plantas medicinais e seus usos entre os guardiões e os profissionais

de saúde, embora seja observado, que as plantas medicinais e os fitoterápicos fazem parte do cotidiano.

Apenas dois guardiões produzem fitoterápicos para afecções diversas, a exemplo dos xaropes para gripe, bronquite e gastrite, mostrados nas figuras 01 e 02. A procura por eles é espontânea. Cada um vende uma quantidade de, mais ou menos, 15 unidades diariamente. O preço varia entre R\$ 10,00 e R\$ 15,00, dependendo da composição do produto. A produção é caseira, em pequena quantidade.

Figura 01 – Xarope para gripe preparado com Mastruz (*Chenopodium ambrosioides*), (Tanchagem *Plantago major*) e Calêndula.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 02 – Xaropes para gripe, bronquite e gastrite.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Foi observado que ainda não são adotadas quaisquer medidas de fiscalização da produção dos xaropes e da sua qualidade. O controle sanitário dos produtos visa observar a fórmula (qualidade e quantidade de componentes das espécies utilizadas para o preparo) e as orientações quanto às indicações e contra indicações. Sem esse controle, todo crédito de confiança para uso dos xaropes, é dado ao guardião que manipula as fórmulas. Entretanto, mesmo que as preparações, destes medicamentos, não exijam técnicas especializadas para manipulação e administração no uso caseiro restrito, sua disponibilização para venda, se constitui um risco à saúde.

Essa inexistência das ações de vigilância sanitária, de certa forma compromete a credibilidade da eficácia do produto, porque conforme Brasil (2006a) é preciso garantir, aos usuários, o acesso seguro ao uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos. Dessa forma é preciso formular padrões para qualidade e segurança na oferta dos produtos e observar o princípio ativo da substância responsável pelo efeito terapêutico presente na planta medicinal.

Para análise das experiências em fitoterapia, utilizou-se o Critério 4 - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS pela identificação, articulação e apoio de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia. Quando foi perguntado aos guardiões se existe algum grupo comunitário (pastoral, sindicato, associação, conselho de saúde local, outros) que apóie ou incentive as indicações e o uso de plantas medicinais ou que ofereça orientação técnica para manejo das espécies que são cultivadas, obtiveram-se as seguintes respostas:

Existe a pastoral da saúde da diocese, que incentiva uso de partes de planta ou frutos. É o caso da multimistura, orientada durante visita que é feita pelas pessoas desta pastoral, nos domicílios (E 02 – GUARDIÃO DO JOÃO PAULO II).

A horta não dispõe de agrônomos ou técnicos agrícolas. Só recebemos orientações de vez em quando. Só quando aparece algum agrônomo do IRPA ou da UNEB. O último que esteve por aqui foi há mais ou menos três anos (E 02 – GUARDIÃO DO JOÃO PAULO II).

No começo, quando a horta foi fundada tinha. A gente contratava um agrônomo que era pago pelo governo da Bahia. Mas com o corte das verbas não temos mais. Sem a ajuda do governo, não temos como contratar (E 11 – GUARDIÃO DO CSU).

Os resultados mostram que os poucos grupos de apoio, são insuficientes, mostrando que as práticas dos guardiões são carentes de orientação técnica e científica, tão importantes para as boas práticas da agricultura urbana. Principalmente, neste momento, quando essas hortas estão começando a se voltar para a qualidade do produto, quando há uma intenção para se obter e manter o selo “orgânico”. Indicam, assim, que os guardiões necessitam estabelecer certos ajustes e acordos intersetoriais para alcançarem seus objetivos.

O fortalecimento da participação popular na gestão das práticas de saúde é condição importante para as PICs, observando-se ser esta indispensável para a formalização do alinhamento empírico ao científico. Contudo, ainda não se vê movimentos nesse sentido.

Como pode se observar, as práticas existentes na ESF e no contexto das hortas comunitárias ainda não estão alinhadas às diretrizes políticas de gestão das PICs Plantas Medicinais e Fitoterapia, e o modelo da fitoterapia ocidental não é conhecido nem dialogado, o que tem impedido a oferta dessa opção terapêutica aos usuários do SUS, no contexto pesquisado. Ainda assim, há possibilidades de se apontar potencialidades que podem superar as dificuldades e mudar essa realidade, como será mostrado a seguir.

5.3 Dificuldades e potencialidades para as práticas integrativas e complementares plantas medicinais e fitoterapia

Na pesquisa de campo, foram identificadas dificuldades e potencialidades para as práticas com plantas medicinais no território, bem como algumas das metas, traçadas na perspectiva de superação das dificuldades e otimização das potencialidades, para a oferta do cuidado no contexto comunitário das ESF. O detalhamento está apresentado no quadro 08.

Quadro 08 – Detalhamento das dificuldades, potencialidades e metas possíveis de serem construídas no território da pesquisa.

DIFICULDADES	POTENCIALIDADES	METAS
A formação profissional para práticas gerenciadas ideologicamente para o modelo biomédico.	Núcleos: de Educação Permanente; de educação popular; e de apoio à saúde da família.	Articulações previstas pela PNPIC
Pouco conhecimento da PNPIC e de outros dispositivos.	Eventos acadêmicos estimuladores das práticas com plantas medicinais,	Fortalecimento do serviço, com outras possibilidades de atenção à saúde em parceria com o modelo biomédico
Relato de inexistência indicações das espécies, seus usos, formas de preparo e dosagens dos recursos terapêuticos com plantas medicinais.	Recursos humanos que podem ser disponibilizados na definição de um núcleo responsável pela articulação em função do cuidado com plantas no sentido da eficácia e segurança das indicações.	Desenvolvimento de estratégias para a visão crítica na população sobre a possibilidade das indicações do uso de plantas medicinais serem compartilhadas pelos guardiões comunitários e profissionais da ESF.
Barreiras culturais pela hegemonia do saber/fazer	Condições para a realização de uma análise situacional para	Disponibilização do produto da pesquisa para estimular a

técnico/científico ainda prevalentes na ESF.	territorialização do cuidado com plantas medicinais.	possível institucionalização, no âmbito da ESF, de um grupo de fitoterapia.
Frequência das prescrições de receitas para o uso dos medicamentos alopáticos à base de químicos.	Geração de empregos e renda com a cadeia produtiva dos recursos naturais. Pois já existem as hortas orgânicas com o cultivo, de espécies medicinais, por um grupo de comunitários.	Incentivo de projetos que ampliem as oportunidades de emprego e renda e que ainda favoreçam a organização das micropolíticas comunitárias, envolvendo: guardiões, usuários, trabalhadores da ESF, pesquisadores, representantes de instituições de ensino para dialogar a construção de uma ecologia de saberes sobre plantas medicinais.
Inexistência de protocolo para indicações das espécies medicinais.	Uso das espécies disponíveis pela população independente das prescrições.	Realização de educação em saúde para informações sobre os benefícios e os riscos do uso de plantas.
Falta de articulação da equipe de saúde com os comunitários que produzem as plantas medicinais.	Disponibilidade de espécies que já poderiam ser manipuladas conforme regulamentação da ANVISA e prescritas para a população.	Seleção de um elenco de espécies com comprovação científica de eficácia e segurança do uso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os dados da pesquisa apontam que as principais dificuldades para a fitoterapia na Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem ser evidenciadas pelas seguintes categorias: formação; conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; prescrição das plantas medicinais, barreiras culturais; inexistência de protocolos e falta de articulação intersetorial.

Ao se pressupor que, da lacuna existente na formação decorrem as demais dificuldades, para analisá-las tomou-se como parâmetro o eixo da formação referido por Rodrigues et al, (2011), no documento para as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, elaborado pela Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS. Desse eixo, utilizou-se para análise dos achados, cinco das proposições específicas para a formação na área de plantas medicinais e fitoterapia, que são as relacionadas a seguir:

1. Definir estratégias de divulgação e sensibilização dos profissionais e gestores da rede sobre a oferta dos serviços de plantas medicinais e fitoterapia no SUS.

2. Realizar levantamento dos municípios interessados em implantar farmácias vivas, e por meio de tecnologias disponíveis e capacitar gestores e profissionais de saúde.
3. Formar equipe de referência para acompanhamento da implantação dos projetos de cultivo de plantas medicinais.
4. Elaborar material informativo sobre plantas medicinais e fitoterapia (cartilhas, manuais, cartazes, etc) com conteúdos diferenciados para profissionais de saúde, gestores e usuários.
5. Definir estratégia de educação popular com plantas medicinais, com a inclusão dos detentores de conhecimento tradicional/popular na perspectiva da integração dos saberes (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Na investigação foi perguntado aos profissionais de saúde o que eles tinham aprendido no curso de formação (na graduação ou nível médio) sobre as práticas de saúde que utilizam as plantas medicinais e os fitoterápicos no cuidado em saúde. Como resposta, com exceção de um, todos os demais entrevistados afirmaram que não aprenderam nada. Constata-se que a falta da formação direcionada a tais práticas não dá oportunidade para o profissional de saúde ter um perfil para esta área. Sem um perfil, não desenvolve o interesse em implantar estas PICs.

A análise da dificuldade obtida como “formação profissional para práticas gerenciadas ideologicamente para o modelo biomédico” se caracteriza pela hegemonia das práticas curativas, e pela falta de articulação das instituições de ensino com os municípios e suas comunidades para adequação da formação dos profissionais de saúde e da área agrônoma, em plantas medicinais e fitoterapia, voltada às necessidades do SUS.

Se as instituições de ensino, não incluem disciplinas relacionadas às plantas medicinais, também não despertam o interesse em se produzir o conhecimento formativo/informativo nem estratégias para a rede de saúde sobre a oferta dos serviços de plantas medicinais e fitoterapia no SUS. Os egressos dos cursos de formação, que estão na rede SUS do município em estudo, não se sentem como os gestores e os profissionais de saúde que devem definir estratégias sobre a oferta dos serviços de plantas medicinais e fitoterapia como previsto na primeira premissa.

Quando perguntado se o profissional de saúde indicaria o uso de plantas medicinais ou de fitoterápicos para os usuários da ESF afluíu um sentido conflitivo dessa questão, que está presente no cotidiano das práticas e foi revelado através dos seguintes discursos:

Sim. Se tivesse autorização da secretaria de saúde sim, pois ficamos temerosos de indicar plantas medicinais, sem ter respaldo, mesmo que a comunidade aceite (E1- Profissional de saúde do João Paulo II).

Sim. Hoje não sei o bastante, mas se for feito um curso, para se obter conhecimento dá para organizar essas práticas, dá para orientar o cuidado (E8- Profissional de saúde do João Paulo II).

Como profissional da saúde, não. Como uma pessoa da comunidade, indicaria sim. Só se fosse autorizada e capacitada para essa prática. Se não funcionar, a pessoa quer responsabilizar a gente (E8- Profissional de saúde do João Paulo II).

Não. Nunca fui orientado a trabalhar com isso. Se faz bem ou se faz mal, não sei informar. Não tenho conhecimento de benefícios ou malefícios. Não me sinto preparado (E19- Profissional de saúde do CSU).

Apesar de haver afirmações, elas estão condicionadas a certas situações e a negatividade também está presente e revela a noção fragmentada da concepção de práticas com plantas medicinais e fitoterapia. Não indicar plantas, significa não precisar submeter-se a riscos de orientar um remédio sobre o qual não tem conhecimento e de não poderem assumir essa postura. Os discursos reforçam o paradigma biomédico que orienta a concepção de práticas populares associadas com fatores culturais não fundamentados cientificamente. Essa compreensão revela a extensão da hegemonia biomédica frente às diferentes formas de atenção à saúde.

Ainda assim, mesmo quando os profissionais de saúde admitem fazer algumas orientações, estas são feitas sem o conhecimento possibilitado pela formação. Excluem-se assim as expectativas de que efetivem as premissas 2, 3, 4 e 5 do eixo formação colocado no documento, que prevê a implantação de farmácias vivas, formação de equipe de referência e elaboração de material informativo sobre plantas medicinais e fitoterapia e estratégia de educação popular com plantas medicinais, com a inclusão dos detentores de conhecimento tradicional/popular na perspectiva da integração dos saberes.

Foi perguntado também, aos profissionais de saúde, se eles tinham conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; desta questão resultou mais uma dificuldade demonstrada quando todos os entrevistados responderam que sim, mas “tenho pouco conhecimento”. Todos disseram que já ouviram falar algo sobre tais práticas e que na Unidade de Saúde até se dispõe de um caderno de Atenção Básica de Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia, série das normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde, disponível para leitura, mas os profissionais nunca discutiram essa temática.

De acordo com Brasil (2012), a divulgação e informação dos conhecimentos básicos para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, é uma diretriz da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Entretanto, não é só disponibilizar o material. A

Política considera imprescindível o desenvolvimento de estratégias de qualificação em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente do município. Além disso, coloca a necessidade de se promover o diálogo dos profissionais entre si e com pessoal que frequenta o serviço, seja estudante da graduação em saúde, de programas de integração ensino–serviço, dos cursos de especialização em saúde, das residências multiprofissionais, ou mesmo com os usuários da própria comunidade.

Foi perguntado sobre prescrições, na perspectiva de encontrar alguma experiência concreta na ESF. Sobre esta questão, todos os profissionais de saúde revelaram que a prática de prescrever plantas medicinais não existe nas comunidades investigadas. Relataram que existem somente as prescrições de receitas para o uso dos medicamentos alopáticos, à base de químicos, especialmente aqueles que puderem ser disponibilizados pela farmácia básica do município.

Sendo assim, este resultado confirma a realidade das prescrições existentes na maioria dos serviços de saúde, mesmo naqueles de Atenção Básica, como a ESF. Apesar desta constatação, Brasil (2012) afirma que a fitoterapia é uma prática complementar em saúde das mais conhecidas e utilizadas a fim de estreitar os laços dos profissionais de saúde com o usuário, sua família e comunidade, ampliar o alcance de suas prescrições e inovar o cuidado em saúde.

Sobre a prescrição da fitoterapia (plantas medicinais e fitoterápicos), Brasil (2012) explica que esta decisão terapêutica tem que ser calcada em um diagnóstico o mais apurado possível, para uma indicação precisa e com critérios científicos de segurança e eficácia. Lembra, ainda, que a respeito do papel a ser representado pela fitoterapia, no contexto terapêutico em questão, sem desconsiderar a responsabilidade técnica dos profissionais envolvidos, a prescrição deve ser feita a partir de uma escolha compartilhada, com uma consciência mútua (médico e pessoa a ser cuidada).

As lacunas formativas e da educação permanente nos serviços onde se exercitam as práticas se caracterizam como o maior impedimento para a implantação da PNPIC. Apesar de afirmarem que têm alguns conhecimentos sobre fitoterapia, tais conhecimentos são informais. Assim, os profissionais de saúde verbalizaram que sentem dificuldade de prescrever esse tipo de terapia. Até porque, não existe uma orientação farmacêutica no município que regularize a fitoterapia, uma condição que poderia garantir o acesso dos comunitários a esses recursos fato indicativo de que esta é mais uma dificuldade: a inexistência de protocolos destinados à prescrição de quais plantas com efeitos medicinais podem ser usadas.

Dessa forma, percebeu-se uma atitude desfavorável quanto às prescrições das plantas medicinais e dos fitoterápicos, no contexto da ESF, devido às barreiras culturais dos profissionais de saúde, que é reforçada pelas concepções mais amplas da valorização do saber científico da classe médica e dos remédios prescritos por eles. Percepção essa que também foi relatada por Rosa *et al.* (2011), quando afirma, em seu estudo, que, entre as práticas populares e a comprovação científica do modelo biomédico, o profissional de saúde faz seu julgamento em relação ao emprego da fitoterapia e pouco questiona acerca das propriedades cientificamente comprovadas de espécies medicinais.

Para Botsaris, (2009), a indústria farmacêutica gera um convencimento de que os remédios que produzem são a única alternativa. Nesse sentido, faz um grande lobby de interesses para mostrar que as plantas medicinais não são uma boa alternativa, mas é muito mais lógico utilizar alternativas de baixo custo para tratar problemas simples e deixar a soma mais vultosa de recursos financeiros para a compra de medicamentos mais complexos voltados para atendimentos secundários e terciários. Apesar de a indústria farmacêutica produzir muitas “coisas boas”, ela está centrada na defesa de seus interesses e visa, acima de tudo, aos lucros.

Este resultado demonstra que o modelo biomédico de atenção à saúde se sobressai, apesar de um conjunto de saberes tradicionais ainda ser simbolicamente reconhecidos como benéficos. Na relação entre oferta e demanda, a fitoterapia poderia ser formatada como um dispositivo que garantisse a motivação e a adesão da população para acessá-la como opção terapêutica que implicaria a ESF desenvolver estratégias para que os usuários que quisessem poderiam utilizá-la.

A última categoria das dificuldades analisada foi a falta de articulação dos profissionais de saúde com os guardiões para conhecimento das espécies cultivadas na horta, evidenciada quando se questionou sobre a existência do diálogo entre eles. Apenas dois profissionais de saúde afirmaram que costumam conversar com os guardiões que moram na sua microárea de atuação. Tal fato faz constatar que é possível afirmar a pouca articulação existente entre os investigados.

Os dados obtidos, como potencialidades que favorecem a fitoterapia na ESF, levam às seguintes propostas, conforme mostra o quadro 09:

Quadro 09 – Outras propostas encontradas e análise dos aspectos potencializadores delas. (Continua...)

PROPOSTAS ENCONTRADAS	ANÁLISE DOS ASPECTOS POTENCIALIZADORES DAS PROPOSTAS
Educação Permanente	Por ser uma diretriz do Plano Municipal de Saúde, é considerada adequada à formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho no SUS.

PROPOSTAS ENCONTRADAS	ANÁLISE DOS ASPECTOS POTENCIALIZADORES DAS PROPOSTAS
	O setor pode elaborar e produzir material educativo para as ações de formação dos profissionais da rede de saúde.
Núcleo de Educação popular	Objetiva pensar as estratégias para formar e capacitar usuários para fortalecer os vínculos do cidadão, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate as endemias, educadores populares com o SUS. Diretriz para assegurar mecanismos de responsabilização com ampliação participativa da sociedade na responsabilidade sanitária.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Promotor das parcerias com instituições formadoras de ensino. Envolvimento com realização de cursos e oficinas de formação técnica para os profissionais da rede de saúde do município. Realiza grupos de educação em saúde e atividades Comunitárias
Condições para análise situacional e a territorialização do cuidado com plantas medicinais.	Existência do Mapeamento da área, com a identificação dos usuários, famílias e grupos das áreas; do Perfil demográfico, sociocultural e econômico, os espaços comunitários com as possíveis parcerias, as redes sociais, entre outros fixos e fluxos do território; e de Instrumento para planejar o trabalho da ESF, as ações em rede e as intervenções em saúde mais adequadas ao contexto. Facilitar o Fortalecimento das Políticas de saúde Pela Introdução da PNPIC com inserção de medicamentos fitoterápicos de plantas medicinais acompanhando os serviços prestados pelas farmácias do município.
Eventos acadêmicos	Garantia da participação dos profissionais de saúde em eventos científicos, congressos, seminários, encontros e outros, principalmente os da área que estimulem as práticas com plantas medicinais.
Núcleo para articulação do cuidado com plantas medicinais.	Apoio as experiências de educação popular. Publicizar a relação de plantas medicinais e fitoterápicas através de cartilhas para um conhecimento da população; Estímulo para a intersetorialidade e busca das parcerias para ações em desenvolvimento.
Geração de empregos e renda medicinais	Elaborar projeto para área de uso de plantas medicinais no município para aumentar a cadeia produtiva de espécies, por comunitários
Uso das espécies disponíveis pela população independentemente das prescrições.	Estimular a orientação do uso racional de plantas medicinais através da divulgação de material educativo aos profissionais da rede de atenção, estimulando a indicação destas.
Disponibilidade de espécies	Necessita do envolvimento dos guardiões e orientação coletiva realizada por profissionais da ESF e por farmacêuticos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Para a análise das principais potencialidades obtidas, toma-se, como base, as seguintes proposições específicas para a área, no eixo da organização e estruturação dos serviços

referido por Rodrigues et al. (2011), no documento para as Práticas Integrativas e Complementares no SUS elaborado pela Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS:

1. Garantir recursos para implantação e custeio das ações/processos em plantas medicinais e fitoterapia.
2. Instituir diretrizes para subsídio às normas técnicas de atenção à saúde com fitoterapia e para protocolos de prescrição com plantas medicinais e fitoterápicos.
3. Instituir ciclo de cuidado para a fitoterapia com inserção da atenção farmacêutica ao paciente.
4. Orientar o cultivo domiciliar de plantas medicinais - promoção do auto-cuidado.
5. Criar incentivo para aquisição de plantas medicinais para os programas do SUS (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Quando se analisa a categoria Núcleos de Educação Permanente e de Educação popular, verifica-se que eles não possuem nenhuma autonomia para decidir sobre ações educativas, uma vez que estão subordinados a uma superintendência que não é a da Atenção Básica. Quanto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), estes podem se constituir como uma potencialidade, desde que sejam levadas em consideração suas possíveis contribuições, como um dos setores capazes de promover o desenvolvimento de ações educativas. A ideia que se tem é a de que o NASF possa suprir lacunas ocorridas na formação dos profissionais de saúde e encontrar estratégias para sensibilizá-los.

Dentre estas ações fomentadas para o NASF, estariam a educação para práticas com plantas medicinais e fitoterapia, porque estas demandam uma equipe multidisciplinar nas diversas áreas de conhecimento. Conforme Brasil (2012), essas ações ocorreriam mediante sensibilização, divulgação de informação e educação em saúde, deverão estimular a implementação da fitoterapia na Estratégia Saúde da Família, por meio de metodologias participativas e apoio das experiências dos usuários do SUS, pela utilização de cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos.

Na proposta do município estudado, que tem uma divisão territorial em seis distritos e para cada dois distritos deveria haver um NASF, com equipe constituída minimamente por: farmacêutico; nutricionista; psicólogo; assistente social; ginecologista e pediatra. O problema decorre da precariedade dos vínculos destes profissionais com o município, as equipes ficaram desfalcadas e, dessa forma, desprovidas de condições para exercerem ações fomentadas para eles. Com essa constatação, o NASF é uma potencialidade apenas teórica. Na prática não existe.

As observações do trabalho de campo apontam a consolidação da ESF e a presença de profissionais de diversos níveis de formação e atuação, que estão realizando atividades voltadas à implantação de Programas de prevenção, promoção, proteção, apoio e recuperação da saúde, e envolve equipes interdisciplinares. Teoricamente, os Recursos Humanos poderiam ser disponibilizados na definição de um núcleo responsável pela articulação do cuidado com plantas medicinais, mas, na prática, falta conhecimento para esta mobilização.

Apesar do município estudado ainda não possuir uma política local para as PICs, Plantas medicinais e Fitoterapia, possui a Política de Atenção Básica (AB) consolidada. Uma política de suporte para um programa de fitoterapia. No entanto, essa proposta exigiria investimentos por parte do poder público para atender à proposição do eixo da organização e estruturação das ESF como garantia de recursos para implantação e custeio das ações/processos em plantas medicinais e fitoterapia.

Neste sentido, o município nada sinaliza, mesmo que exista uma sintonia entre as PICs e as práticas de AB, que é marcante, como assegura Brasil (2009), ao afirmar que a PNPIC faz parte da PNAB, e que ambas consideram o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando também a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Outras potencialidades analisadas foram os eventos científicos estimuladores das práticas com plantas medicinais, promovidos na região, exemplificadas com alguns eventos que tiveram muita repercussão, tais como: o I Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (I PIC'S NE); os Workshops de Educação Ambiental Interdisciplinar; e os Simpósios de Plantas Medicinais do Vale do São Francisco. Importantes sem dúvidas, mas, devido ao caráter pontual, são pouco divulgados nos contextos periféricos, e abarca praticamente apenas segmentos acadêmicos, portanto, ainda não dão respaldo às reais necessidades das comunidades para fortalecimento das PICs.

Quando se procurou saber sobre o cuidado com plantas medicinais, todos os profissionais de saúde reconhecem que há a agricultura urbana desenvolvida pelos guardiões em processo produtivo gerador de emprego e renda. Tal percepção é bastante significativa porque projeta a possibilidade do diálogo com os guardiões, no sentido da fitoterapia.

A existência das hortas com oferta de plantas, cultivadas, de valor medicinal, cujas propriedades são conhecidas pelas pessoas, que as mantém como patrimônio cultural nas

receitas caseiras de: lambedores e do uso de sementes e folhas nos chás e benzeduras mostra-se como aspecto importante que favorece as PICs. Destaca-se, o encontro de uma horta de espécies medicinais ao lado de uma Unidade de ESF, de uma escola de ensino fundamental e de um Centro de convivência comunitária.

Mesmo assim, ainda existem muitos desafios. Apesar da execução das práticas com plantas medicinais sobre o substrato territorial, na área da Estratégia Saúde da Família, Ribeiro (2014) afirma que é preciso lembrar dois aspectos imprescindíveis: o primeiro deles é que a ESF é parte do SUS, o sistema oficial de saúde que é técnico e hegemônico, ao passo que a fitoterapia é entendida como um subsistema complementar, que embora seja técnico, não é hegemônico; e o segundo aspecto é que a maneira pela qual ocorrem as sinergias e os vínculos entre saberes locais e universalizados, na assistência farmacêutica predominante, a adoção da fitoterapia no município pode ser favorecida ou não.

Outro dado que mereceu destaque na categoria potencialidade foi a necessidade da intersetorialidade como uma condição para a articulação do cuidado com plantas, no sentido de uma alternativa à medicalização excessiva. Portanto, fortalecedora das horizontalidades para mudança do modelo. Especialmente porque, como explica Brasil (2006), a ampliação das opções terapêuticas é uma garantia de acesso a plantas medicinais e fitoterapia de forma segura e qualificada, sendo importante estratégia com vistas à melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social.

Foi perguntado aos guardiões sobre a importância da horta para eles mesmos e para a comunidade em geral. O depoimento abaixo, como resposta, ilustra mais que a compreensão pura e simples. Fala dos sentimentos mais importantes.

O trabalho é importante para complementar a renda familiar. Mas trabalhar aqui também é uma terapia para não ficar doente. Se ficar parado morre. Aqui a gente tem o alimento e o remédio, fica entretido, conversa, ajuda outras pessoas e tem saúde (E 11 – Guardião do CSU).

A horta é importante para a conscientização tanto dos associados como dos usuários, de que é preciso cuidar desse lugar, para ter sempre a alimentação, o remédio, a terapia, a renda. Reforço essa questão, em reuniões da associação e da igreja (E 02 – Guardião do João Paulo II).

É importante porque os produtos são orgânicos e as pessoas têm a segurança de não se envenenar com agrotóxicos. É pertinho de casa, facilita muito ter tudo fresco pro consumo diário (E 10 – Guardião do CSU).

Foi perguntado aos guardiões, também, sobre a aquisição dos lotes na horta para que se pudesse entender a potencialidade geração de empregos e renda com a cadeia produtiva dos recursos naturais.

As informações dão conta de que, no bairro João Paulo II, o enquadramento foi baseado no perfil. No ano de 1985 chegaram lá as Irmãs, religiosas da Igreja Católica e vendo as dificuldades das mães que não tinham onde trabalhar, pediram a área da horta ao bispo. Cada lote mede 10m X 10m, o que corresponde a 100m², uma área que dá para 6 canteiros, e podem ser plantadas 6 variedades. Cada família só pode ter 5 lotes. Quem entrava na horta ficava 5 anos; após a devolução do lote, este seria emprestado a outra família. A associação foi criada em 1987. O presidente tem mandato de 2 anos conforme o estatuto. No CSU: o lote foi autorizado pela administração do CSU. Quando foi inaugurado o espaço da horta foi idealizado por um funcionário do estado, que loteou o terreno para 10 famílias. Cada lote corresponde a 28 canteiros de 6m X 1 m.

Na horta do CSU, Cada pessoa dispõe de 20 canteiros, com área delimitada no padrão de 1,0m X 60,0 metros, como pode ser visto nas figuras 03 e 04.

Figura 03 – Canteiro com Padrão: 1,0 m x 6,0 m da Horta comunitária do CSU.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 04 – Canteiro: 10x10 m da Horta comunitária do João Paulo I



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para Santandreu e Lovo (2007) algumas experiências estão diretamente ligadas às associações, o que facilita sua organização. Alguns produtores de hortas estão organizados em grupos, o que facilita a comercialização, ao passo que outros vendem cada um por si para atravessadores por preços abaixo dos vendidos diretamente aos consumidores. De modo geral, constata-se a falta de articulação entre as experiências, e não há uma organização para que os insumos sejam buscados de outras experiências de economia solidária ou até mesmo de outras experiências de Agricultura Urbana (AU). Para esses autores:



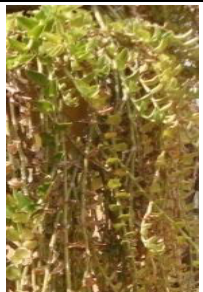
[...] apesar do governo federal financiar experiências de AU, promovidas tanto pelas prefeituras como pela sociedade civil. Os próprios governos locais e estaduais também podem financiar uma grande diversidade de experiências, em especial onde existem atividades de AU consolidadas. As Ongs e as universidades destinam recursos próprios e formulam projetos específicos para apoiar os agricultores urbanos. Em termos gerais, as experiências com AU mais comuns são as promovidas pela sociedade civil, que são mais antigas do que aquelas promovidas pelos governos (seja local o estadual). A presença de movimentos sociais (urbanos e rurais) desenvolvendo AU é uma característica da realidade brasileira. (SANTANDREU E LOVO, 2007, p. 7)





Santandreu e Lovo (2007) afirmam que a AU deve estar orientada à: Promoção da Agroecologia; do Consumo de Hábitos Saudáveis; da Construção de Conhecimentos Respeitando o Diálogo de Saberes; ao Respeito à Diversidade Étnica; Racial e Cultural; Promoção da Equidade de Gênero; Justiça Sócio-ambiental e a Solidariedade; Promoção da Soberania Alimentar e Segurança Alimentar Nutricional; Promoção da Economia Justa; Solidária e Familiar e o Consumo Responsável; e a Promover a Participação; Empoderamento e Autonomia do/as Agricultores Urbanos.


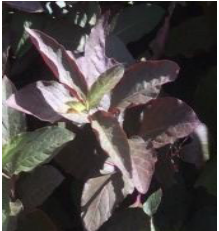


A disponibilidade de espécies medicinais conhecidas e usadas na comunidade tem em vista a necessidade de atender às demandas e necessidades de algumas pessoas da comunidade, e ao mesmo suprir a geração de emprego e renda de outras. Sendo assim, já poderiam ser manipuladas conforme regulamentação da ANVISA e prescritas para a população para ajudar a suprir algumas deficiências da ESF. Como são muitos os conflitos decorrentes desse modo de organização, nada foi feito até ao momento.





Os dados apresentados no quadro 10 dispõem espécies vegetais, citadas pelos entrevistados e os respectivos nomes (popular e científico), indicações segundo esses participantes, propriedades medicinais de acordo com a literatura consultada, partes utilizadas, formas de preparo e de uso. Verificou-se que há interesse no cultivo dessas espécies por parte dos agricultores urbanos, principalmente por que esses, já têm o conhecimento sobre a importância das plantas medicinais no cotidiano, uma vez que plantam, indicam e vendem tais recursos, observando a cultura e tradição na comunidade.



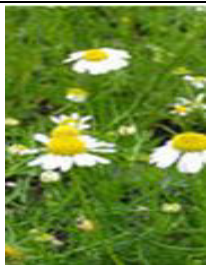

Quadro 10 – Espécies vegetais citadas pelos entrevistados e os respectivos nomes (popular e científico), indicações segundo esses participantes, propriedades medicinais de acordo com a literatura consultada, partes utilizadas, formas de preparo e de uso. (Continua...)





Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Agrião	<i>Nasturtium officinale</i>		Gripe, tosse	Digestiva, diurética, anti-inflamatória, antitérmica, cicatrizante	Partes aéreas	Infusão, sumo	Ingestão oral
Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i>		Gripe	Analgésico, antigripal, antigripal, antidepressivo, anti-inflamatório	Folha, partes aéreas	Infusão	Ingestão oral, inalação
Alevante (Mil folhas)	<i>Achillea millefolium</i>		Doenças cardíacas HAS	Analgésico, antibiótico, antiespasmódica, anti-helmíntica, hipotensor anti-hemorragica, anti-inflamatório, antipirético, estabilizante da circulação sanguínea	Folha	Infusão/Decocção	Ingestão oral






Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Alfavaca	<i>Ocimum canum</i>		Gripe, depura o sangue, febre	Antibacteriana, antifúngica, sedativo, anti-inflamatória, antisséptica local, antiviral, hipoglicemiante	Folha	Infusão/decocção	Ingestão oral, banho, inalação
Alho	<i>Allium sativum</i>		Gripe, febre, dor de garganta, depura o sangue, cicatrizante	Antibiótico, antifúngico, antigripal, depura o sangue, anti-inflamatório	Bulbo	Infusão, lambedor	Ingestão oral
Arruda	<i>Ruta graveolens</i>		Dor no corpo, dor de barriga, infecção urinária, cólica	Abortiva, analgésica, antiespasmódica, anti-hemorrágica, calmante, anti-inflamatória	Folha	Infusão	Ingestão oral
Aroeira	<i>Myracrodruon urundeuva</i>		Inflamação, cicatrizante, inflamação genital	Balsâmico, depurativo, anti-inflamatório	Casca	Decocção	Ingestão oral, banhos de assento




Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Amoreira (Amora)	<i>Morus nigra</i>		Reduzir colesterol	Anti-inflamatória, cicatrizante, depurativa, diurética, expectorante, hipoglicêmica, hipotensora	Folha	Infusão/decocção	Ingestão oral
Anador	<i>Justicia pectoralis</i>		Gripe, dor de cabeça, inflamação	Analgésica, antibacteriana, sedativa, anti-inflamatória, cicatrizante, antirreumática, tranquilizante	Folha	Sumo, infusão/decocção	Ingestão oral
Angélica (Erva-de-espírito-santo)	<i>Angelica officinalis</i>		Derrame	Diurética, anti-inflamatória, depurativa, digestiva	Raiz	Decocção	Ingestão oral
Babosa	<i>Aloe vera</i>		Gripe, inflamação, infecção útero e/ou ovários, furúnculo	Antiviral, anti-hemorrágica, hidratante, anti-inflamatória, bactericida, cicatrizante	Folha	Sumo, lambedor, maceração	Ingestão oral, supositório





Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Berinjela	<i>Solanum melongena</i>		HAS	Calmante, digestiva, diurética	Fruto	Suco	Ingestão oral
Beterraba	<i>Beta vulgaris</i>		Gripe, anemia	Antitumoral, diurético, emoliente, estimulante digestiva e hepático, tônico cardíaco	Folhas e Raiz	Lambedor suco	Ingestão oral
Boldo	<i>Plectranthus barbatus</i>		Indigestão	Anti-dispéptico, antirreumático, hipotensor, broncodilatador	Folha	Infusão/ Decocção, sumo lambedor	Ingestão oral
Brilhantina	<i>Pilea microphylla</i>		Dor de barriga, infecção urinária, diarreia	Não foram encontradas referências a propriedades medicinais	Partes aéreas	Infusão/ decocção	Ingestão oral





Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Calêndula	<i>Calendula officinalis</i>		Feridas e câncer	Analgésica, antiemética, antifúngica, antiviral, anti-inflamatória, bactericida, cicatrizante	Folhas flores e caule	Infusão/Decocção, sumo	Ingestão oral
Cajueiro	<i>Anacardium occidentale</i>		Inflamação, infecção útero e/ou ovários	Antidiabético, anti-hemorrágico, anti-inflamatório, antitérmico	Folha casca	Infusão/decocção	Ingestão oral banho
Camomila	<i>Matricaria chamomilla</i>		Calmante	Calmante, anti-inflamatório, analgésica, antisséptica, antialérgica, antiespasmódica	Folha	Infusão	Ingestão oral
Capim santo	<i>Cymbopogon citratus</i>		Gripe, HAS, calmante, indigestão	Calmante, diurético	Partes aéreas	Infusão/decocção	Ingestão oral





Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Cana-de-açúcar	<i>Saccharum officinarum</i>		HAS	Analgésica, antisséptica, anti-emética, antitérmica, bactericida, cardiotônica, diurética	Folha	Infusão/decocção	Ingestão oral
Cavalinha (Rabo de rato)	<i>Equisetum hyemale</i>		Dor de cabeça, doenças cardíacas, HAS	Diurético, anti-inflamatório, cicatrizante, hemostático	Folha	Infusão/decocção	Ingestão oral
Coentro	<i>Coriandrum sativum</i>		Gases, dor de barriga, cólica	Diurética, estomacal, tônica	Semente	Infusão	Ingestão oral
Confrei	<i>Symphytum officinale</i>		Cicatrizante	Cicatrizante, anti-anêmica, anti-inflamatória, hemostática	Folha	Sumo	Ingestão oral aplicação local




Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Couve	<i>Brassica oleraceae</i>		Desintoxicante	Cicatrizante, anti-helmíntica, anti-reumática, estimulante, fortalecedora	Folhas, talos e sementes	Salada ou suco	Ingestão oral
Endro	<i>Anethum graveolens</i>		Febre, tontura náuseas e vômitos	Antidiarreico, antiemético, antiespasmódico, anti-inflamatória, digestivo, diurético	Semente	Infusão/decocção, torra	Ingestão oral
Erva cidreira (Melissa)	<i>Melissa officinalis</i>		Calmante, insônia, HAS	Analgésica, antialérgica, calmante, antiespasmódica, anti-inflamatória, antisséptica, hipotensora	Folha	Infusão	Ingestão oral
Erva doce (Anis ou Pimpinella)	<i>Pimpinella anisum</i>		Gripe, febre, cólica intestinal	Calmante, cicatrizante, diurético, estimulante expectorante	Semente	Infusão	Ingestão oral
Eucalipto	<i>Eucalyptus globules</i>		Febre, gripe, dor de garganta	Antisséptico, tônico desinfetante, expectorante	Folha	Infusão/decocção	Ingestão oral, inalação, banho


Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Folha santa	<i>Bryophyllum calycinum</i>		Inflamação, dor de barriga, infecção urinária, doenças cardíacas, febre	analgésica, antialérgica, antiartrítica, antibacteriana, antidiabética, antifúngica, diurética, anti-inflamatória depurativa, hemostático	Folha	Infusão/decocção, sumo	Ingestão oral
Gengibre	<i>Zingiber officinale</i>		Dor de garganta	Afrodisíaca, antibiótica, antidiarreica, digestiva, antiemética, antigripal, anti-hemorragica, anti-inflamatória, estimulante geral	Raiz	Lambedor, infusão/decocção	Ingestão oral
Gergelim	<i>Sesamum indicum</i>		Regulador da menstruação após aborto	Analgesica, antidiabético, diurética, anti-inflamatória, anti-reumático, bactericida, estimulante, regulador intestinal	Semente	Torra, lambedor	Ingestão oral

Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Goiabeira	<i>Psidium guajava</i>		Diarreia	Adstringente, antibiótico, cicatrizante, digestiva	Folha e fruto	Decocção, suco	Ingestão oral
Hortelã	<i>Mentha spicata</i>		Dor de garganta, gripe, tosse, problemas pulmonares, febre, dor de ouvido, derrame	Antisséptico, calmante, digestivo, estomáquico, expectorante	Partes aéreas	Infusão, sumo	Ingestão oral
Juazeiro	<i>Ziziphus joazeiro</i>		Higiene bucal	Adstringente, anti-inflamatória, antigripal, cicatrizante expectorante, higienizante	Folha	Decocção	Banho, bochecho
Malvão	<i>Coleus amboinicus</i>		Gripe, dor de cabeça, febre, indigestão, problemas pulmonares	Antibacteriana, antitérmico, anti-inflamatória, antitussígena	Folha	Infusão/ decocção, lambedor	Ingestão oral, banho

Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Manjerição	<i>Ocimum basilicum</i>		Gripe, mau olhado, dor de ouvido	Analgésica, antiemética, anti-febril, anti-séptica, calmante, digestivo, diurético, expectorante	Folha	Infusão	Banho, ingestão oral
Maracujá	<i>Passiflora edulis</i>		Calmante, gripe	Calmante, hipnótico, sedativo, sonífero	Fruto	Suco	Ingestão oral
Marcela	<i>Achyrocline satureioides</i>		Dor de barriga, indigestão	Adstringente, anti-álgica, bactericida, anti-diarreica, antiespasmódica, anti-helmíntica, digestiva, anti-inflamatória	Folha e semente	Infusão/decocção	Ingestão oral
Mastruço (Mastruz ou Mentruz)	<i>Chenopodium ambrosioides</i>		Contusões, inflamação verminose	Diurética, anti-inflamatória, antiespasmódica, antigripal, cicatrizante, digestiva	Folha	Decocção, sumo, maceração	Ingestão oral, aplicação local

Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Milindro (Aspargo samambaia)	<i>Asparagus setaceus</i>		HAS, doenças cardíacas	Não foram encontradas referências a propriedades medicinais	Partes aéreas	Infusão/ decoção	Ingestão oral
Noni (Morinda)	<i>Morinda citrifolia</i>		Infecção genital, AIDS	Analgésica, anestésica, hipotensora, antidiabética, anti-inflamatória	Fruto	Maceração	Ingestão oral
Romã	<i>Punica granatum</i>		Gripe, dor de garganta, cicatrizante	Antidiarreica, tônica, anti-inflamatória, diurética, vermífuga, antisséptica, antitérmica, antivirótica	Fruto, casca	Maceração	Ingestão oral
Sete dores	<i>Plectranthus barbatus</i>		Dores estomacais	Antidispéptica, antireumática, broncodilatadora, calmante, cardioativa	Folhas frescas, raízes	Sumo	Ingestão oral

Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Tançagem	<i>Plantago major</i>		Cicatrizante, diarreia	Adstringente, analgésica, antidiarreica, diurética, anti-inflamatória, antipirética, bactericida, cicatrizante, depurativa, digestiva, expectorante, hemostática	Folha	Decocção, maceração, sumo	Ingestão oral, aplicação local
Tipi	<i>Petiveria alliacea</i>		Derrame, diurético, infecção urinária, febre, dor no corpo	Analgésica, antiespasmódica, diurética, anti-reumática, bactericida, fungicida, imunoestimulante	Folha	Decocção, lambedor, defumador	Ingestão oral, inalação
Quebra pedra	<i>Phyllanthus niruri</i>		Problemas urinários	Analgésica, antiespasmódica, diurética, antinefrítica, litogênica, antivirótica e vermífuga	Folha	Chá	Ingestão oral

Nome popular	Nome científico	Ilustração	Indicações	Propriedades medicinais	Partes utilizadas	Preparo	Formas de uso
Vick	<i>Mentha arvensis</i>		Gripe	Descongestio- nante nasal, digestivo, sedativo	Folhas	Chá, decocção	Ingestão oral, inalação

Fonte: Dados da pesquisa, 2016; PlantaMed, 2015.

No total, foram catalogadas 48 espécies, conhecidas e existentes nas hortas. Como ilustrado nas figuras 05 a 09.

Espécies encontradas na horta do Centro Social Urbano.

Figura 05 – Espécie: Aroeira (*Myracrodruon urundeuva*)



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 06 – Espécie: Mulungu (*Erythrina mulungu*)



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 07 – Espécie: hortelã (*Mentha spicata*)



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 08 – Espécies medicinais da horta comunitária do João Paulo II Arruda (*Ruta graveolens*) e Erva doce (*Pimpinella anisum*), respectivamente.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 09 – Babosa (*Aloe vera*) e Capim santo (*Cymbopogon citratus*), Milindro (*Asparagus setaceus*) e Malvão (*Coleus amboinicus*), respectivamente.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A análise deste resultado demonstra que existe uma diversidade dos recursos naturais plantas medicinais que viabilizam as práticas integrativas e complementares na atenção à saúde. Ainda que de maneira não institucionalizada, seus usos são legitimados pelas pessoas atendidas pelos guardiões participantes do estudo. Esse resultado corrobora para fortalecer a importância da pesquisa sobre práticas com plantas medicinais, em áreas urbanas, pois, embora não institucionalizadas, popularmente a utilização de plantas medicinais ainda é difundida.

Ainda que não realizem indicações terapêuticas no exercício profissional da ESF, os entrevistados fizeram declarações que foram agrupadas junto com os depoimentos dos guardiões e relacionadas a distúrbios gastrointestinais, respiratórios, cardiovasculares e geniturinário. Houve ainda indicação relacionada ao sistema nervoso, muscular e esquelético, dentre diferentes patologias ou sinais e sintomas de agravos.

Para a realização das receitas populares, as partes utilizadas das plantas foram: folha; flor; fruto; semente; casca e raiz. A planta inteira, ou partes dela podem ser utilizadas no preparo de poucas espécies. Quanto aos modos de preparo, verificou-se que diversas espécies enumeradas podem ser preparadas de modos diversos, destacando-se a infusão e/ou decocção. Outras formas de preparação menos citadas e que podem ser utilizadas, em geral, de forma

alternativa aos chás, são a maceração, o lambedor, o sumo, o suco e a torra. Quanto ao modo de uso, prevaleceu a ingestão oral.

Houve um consenso entre os entrevistados de que a Fitoterapia seria mais uma alternativa de tratamento, já que muitas doenças poderiam ser prevenidas ou curadas através dela. Assim, algumas espécies catalogadas poderiam constar de uma relação, ser manipuladas conforme regulamentação da ANVISA e prescritas/indicadas para a população, uma vez que oito espécies (boldo, hortelã, maracujá, couve, erva cidreira, confrei, mastruço e tanchagem) dentre aquelas cultivadas na horta comunitária também constam do elenco definitivo de espécies vegetais estudadas para confirmação científica dos seus princípios ativos.

Frente às indicações que são feitas, informalmente, para as pessoas interessadas em plantas medicinais, investigou-se a aceitação pessoal dos profissionais de saúde no caso de apresentarem alguma doença possível de tratar com Fitoterapia. Os discursos a seguir trazem algumas reflexões quanto à aceitação do cuidado.

Sim. Porque já vi caso, em que as plantas medicinais funcionam mesmo. Sabemos que as medicações de farmácia, muitas delas vem das plantas e são capazes de curar. O uso do chá é uma tradição que persiste nas famílias (E4-Profissional de saúde do João Paulo II).

Sim. Eu tenho problemas sérios na família e passo por muitas crises nervosas, por isso tomo bastante chá de camomila, pra não tomar rivotril. Me sinto bem mais calma tomando o chá. Sei que as plantas ajudam na cura de várias doenças. Eu também já me tratei de problemas nos rins com aquela planta conhecida como quebra pedras. Foi muito bom (E5-Profissional de saúde do João Paulo II).

Sim, me trato com plantas medicinais, pois esse é um costume vem dos mais velhos. Meus pais e avós já se tratavam com plantas e eu também, já fui tratada de verminose, problemas no fígado e no coração. Posso confirmar que faz bem (E6-Profissional de saúde do João Paulo II).

Sim. Já fiz tratamento com plantas medicinais. Por experiência própria de uso, sei que dá bons resultados. Uso chás e lambedor porque acredito que podem fazer bem (E19-Profissional de saúde do CSU).

É possível afirmar a aceitação do cuidado pelos profissionais de saúde, pois ele está enraizado na cultura familiar de cada um deles, em relação às práticas populares. Sendo um costume da comunidade, com o qual se identificam, é importante que não demonstrem indiferença às práticas com plantas medicinais, pois elas são um recurso local importante para a atenção à saúde. Entretanto, os discursos não revelam uma perspectiva de alternativa terapêutica a curto prazo, em virtude de que metas previstas, quando analisados os dados, enfrentam obstáculos que ainda precisam ser superados a fim de serem alcançadas.

Quanto às metas, colocadas na perspectiva da oferta do cuidado através das práticas com plantas medicinais e fitoterapia no contexto comunitário das ESF, elas configuram-se

apenas como desejo, e existem muitos obstáculos interpostos no caminho entre o desejo e a realização. Tais metas, para serem alcançadas em longo prazo, devem ainda superar as dificuldades e otimizar as potencialidades.

A superação das dificuldades para otimização das potencialidades, é uma necessidade para as articulações previstas pela PNPIC. E isso, depende do conhecimento das outras possibilidades de atenção à saúde, da parceria com o modelo biomédico e das estratégias comunitárias compartilhadas pelos guardiões comunitários e profissionais da ESF nas indicações do uso de plantas medicinais. Assim, as micropolíticas precisam ser empoderadas pela educação, informação e organização para o diálogo acerca dos saberes consolidados sobre plantas medicinais.

5.4 A territorialização estruturante da gestão das práticas com plantas medicinais

Este tópico foi organizado para apresentar a territorialização que é uma parte nuclear dos resultados e configura uma forma de planejamento do processo de trabalho dos profissionais e dos guardiões, ou seja, ele capta a realidade das práticas de trabalho vivenciada por essas pessoas e estabelece uma relação com o discurso para análise da viabilidade das PICs plantas medicinais e fitoterapia.

A categoria geográfica do território, conforme Santos (2002), leva a um entendimento que ele não é apenas o do conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território é entendido como o território usado. O território usado é o chão somado à identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que se pertence. O território é, assim, o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do gozo da vida.

Neste sentido, para Haesbaert (2007), o território é a dimensão simbólica que confere ao espaço, um sentido, um caráter de lugar, a noção de pertencimento e, consequentemente, a capacidade de forjar identidades. Deste lugar, através de uma série de representações sociais, imaginárias, simbólicas e míticas dos indivíduos, é possível projetar e materializar símbolos geográficos que serão tomados como referência e modelos comuns. Deste entendimento, o autor afirma que, na área de saúde, a territorialização, em geral, costuma ser apenas a criação das áreas administrativas dos serviços.

Conforme Brasil (2000), o processo de territorialização da área de ESF é compreendido como o mapeamento local, constituído: do mapa estático, que contém a delimitação das microáreas, com o desenho de ruas e outros elementos sociais; e do mapa inteligente, que retrata situações dinâmicas, como a localização dos grupos populacionais e dos problemas que constituem a situação de saúde. Com este mapeamento e a partir da análise da situação de saúde, a equipe, com a participação das pessoas da comunidade, pode realizar o planejamento de suas atividades.

No entanto, o termo territorialização deveria ser usado para designar as relações de poder ou as territorialidades no território, como explica Haesbaert (2007):

[...] a territorialidade não é apenas algo abstrato, num sentido que muitas vezes se reduz ao caráter de abstração analítica epistemológica. Ela é também uma dimensão imaterial, no sentido ontológico de que, enquanto imagem ou símbolo de um território existe e pode inserir-se eficazmente, como uma estratégia político-cultural [...]; a vertente cultural, muitas vezes culturalista, pode também ser denominada simbólico-cultural, e prioriza a dimensão simbólica e mais subjetiva em que um território é visto, sobretudo como o produto da apropriação simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido [...]. Numa perspectiva integradora, o território é fruto da interação entre relações sociais de controle do/pelo espaço, relações de poder num sentido amplo, ao mesmo tempo de forma mais concreta (dominação) e mais simbólica (um tipo de apropriação). (HAESBAERT, 2007, p. 25)

Neste sentido, Faria (2012) conceitua a territorialização como uma técnica e uma política de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS. Como técnica, ela permite a apropriação do espaço pelos serviços de saúde, notadamente àqueles ligados à atenção primária. Como política, ela é um programa de Estado usado para planejar e gerir esses serviços.

Para Monken (2003), o território pode ser operacionalizado devido à sua concretude construída pelas práticas humanas, tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

No sentido das práticas hegemônicas do SUS, a discussão acerca do território é necessária para a atuação da Estratégia de Saúde da Família e sua definição é um pressuposto contido nas determinações das Políticas públicas. No sentido das Práticas Integrativas e Complementares, Plantas Medicinais e Fitoterapia, conforme Ribeiro (2014), o território possibilita compreender o SUS como um grande sistema técnico e a fitoterapia como um subsistema técnico não hegemônico.

Com esse entendimento, investigou-se a concepção dos profissionais de saúde sobre o território e sua importância para o trabalho na ESF enquanto modelo de atenção oficial.

Constatou-se que todos os entrevistados associam o território à área de atuação das equipes, como foi observado nos textos dos depoimentos dos participantes, destacados a seguir:

O território é a localidade: a área e as microáreas. Para realização do nosso trabalho o campo precisa ser conhecido. As pessoas precisam da equipe de saúde, como a Equipe também precisa das pessoas e de saber como elas vivem para atender bem (E 1- PROFISSIONAL DE SAÚDE DO JOÃO PAULO II).

Território é o lugar, a área onde vivem as famílias que são cadastradas para atendimento da equipe. É importante que se tenha conhecimento dela para o acompanhamento dos grupos e a troca de experiências (E 3- PROFISSIONAL DE SAÚDE DO JOÃO PAULO II).

É a comunidade que faz parte da área cadastrada pela ESF. É importante saber as questões das famílias, para a ESF oferecer as consultas, os exames, a assistência (E 4- PROFISSIONAL DE SAÚDE DO JOÃO PAULO II).

É a área onde a equipe de saúde atua. É importante porque o profissional que atua nela tem que conhecer a área completa para trabalhar com as doenças e a prevenção (E 5- PROFISSIONAL DE SAÚDE DO JOÃO PAULO II).

É toda a área com as microáreas mapeadas e que tenha a identificação dos grupos de atenção e das situações de risco. Ajuda a identificar as famílias, as pessoas e os riscos para planejar as ações (E 7- PROFISSIONAL DE SAÚDE DO JOÃO PAULO II).

É a área de abrangência delimitada onde a equipe fica responsável. É importante para o entendimento das necessidades da população e facilita resolver os problemas (E 8- PROFISSIONAL DE SAÚDE DO JOÃO PAULO II).

É a área de abrangência. Tem muita importância para o diagnóstico de saúde da comunidade, o vínculo das pessoas e a responsabilidade da equipe. É a partir do diagnóstico que a equipe traça as metas para o atendimento conforme as necessidades (E 9- PROFISSIONAL DE SAÚDE DO JOÃO PAULO II).

É a área de abrangência sob responsabilidade da equipe de saúde. É preciso conhecer o território, as particularidades, os problemas e as soluções que vão fazer parte do trabalho (E 10- PROFISSIONAL DE SAÚDE DO JOÃO PAULO II).

De modo geral, os profissionais de saúde expressaram o território a partir da sua rotina de trabalho. Buscaram evidenciar o caráter político-administrativo e geométrico no que foi falado em relação ao território, como a área de abrangência, com características sociais, demográficas e epidemiológicas, que permitem compreender que cuidado deve ser dispensado à família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico, social e cultural. Dessa forma, os profissionais de saúde reconhecem a importância da adscrição de clientela como uma questão territorial para a tomada de decisão das ações de saúde, para as quais a equipe tem certa autonomia.

A equipe da ESF tem responsabilidade com as ações do seu território. Nesta perspectiva a integralidade do cuidado requer a construção do vínculo e se relaciona com a capacidade dos profissionais desta equipe de se responsabilizarem pelas famílias, e confirma, assim, a territorialização entendida por Faria (2012) como um modo político e prático de

definir os limites de atuação dos serviços de atenção à saúde, apresentando-se como algo de fora que se projeta e se impõe como condicionante.

Nos depoimentos dos profissionais de saúde, a territorialização das PICs se apresenta como uma prática simplificada do manejo de recursos territoriais que, de certa forma, ajudaria na resolução dos problemas de saúde e poderia favorecer o vínculo e a responsabilização pelo cuidado integral. Este resultado é corroborado por Ribeiro (2014), quando coloca que a territorialização das PICs, na proposição da política governamental, considera as facilidades e os obstáculos, como questões territoriais que representam os arranjos espaciais pretéritos (herdados) e os usos atuais para pensar os sentidos e as possibilidades futuras desta política.

Enfatiza-se, assim, a importância da problematização, acerca das necessidades de saúde nas áreas de atuação das ESF, para a análise do estado de saúde das comunidades estudadas e de aspectos que podem ser apresentados como influência positiva ou negativa para as PICs. Assim, primeiro propôs-se buscar um entendimento da concepção sobre as necessidades de saúde do espaço em estudo, pela ótica dos profissionais da ESF.

Aqui no bairro tem muita poeira e as pessoas gripam fácil. Falta saneamento básico, o esgoto é a céu aberto. Tem hipertensão e diabetes. Tem muita gravidez na adolescência e muito desemprego. Não tem remédio na farmácia do posto, nem material para o dentista trabalhar (E1 – Profissional de saúde do João Paulo II).

As pessoas vêm com muitas demandas para o médico e para o dentista. Faltam consultas, pois o médico e o dentista não dão conta de atender todas as pessoas. São inúmeras demandas. Têm Hipertensão Arterial, diabetes, gripe, diarreias, ansiedade, depressão e câncer. Faltam medicamentos. O desemprego e a violência vêm contribuindo para o adoecimento (E3 – Profissional de saúde do João Paulo II).

São muitas: doenças crônicas (hipertensão e diabetes são os grupos maiores). A ausência do saneamento básico. Sem lazer mais adequado, aumentam o alcoolismo (muitos bares), pontos de drogas e gravidez na adolescência. Precisa aumentar o atendimento médico, que é pouco para a demanda (E3 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Saneamento básico. Falta constante de água no bairro e presença de esgoto a céu aberto e muita poeira o que causa muitas infecções respiratórias. Existem hipertensos, diabéticos e tuberculosos. Pessoas com hanseníase e dengue. Desemprego e gravidez na adolescência (E3 – Profissional de saúde do João Paulo II).

As necessidades de atenção à saúde foram reveladas pelos problemas mais recorrentes, encontrados no cotidiano do trabalho. Os relatos são significativos, pois retratam as condições de vida e as situações de vulnerabilidade na área. A equipe de saúde está atenta, vê as necessidades de saúde e tenta oferecer os serviços conforme essas necessidades (que são muitas e conferem diferentes cuidados em relação ao atendimento).

A ESF, colocada como porta de entrada da atenção, acaba recebendo uma demanda extremamente diversificada, o que torna este nível do sistema pouco resolutivo. Entretanto, a atenção primária deveria dar conta de resolver a maioria das necessidades de saúde, pois vem sendo dinamizada com a implantação dos vários programas e políticas, gradativamente processados. Assim, a implementação de programas ou políticas cria expectativas que, de algum modo, nesse cenário da atenção à saúde possam se resolver problemas, por linhas de cuidados específicos.

Após se problematizar acerca das necessidades de saúde nas áreas de atuação das ESF, buscou-se, em segundo lugar, a identificação dos aspectos que possam ser apresentados como favoráveis às PICs. Nessa direção, indagou-se acerca da política de fitoterapia como possibilidade de atenção a alguma das necessidades de saúde lembradas pelos entrevistados.

Inicialmente, perguntou-se aos profissionais de saúde sobre o conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, uma vez que, conforme Brasil (2015, p. 8) esta política atende à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências, entre as quais a fitoterapia na rede pública dos municípios.

Os discursos de negação do conhecimento da PNPIC foram unânimes, o que revela ausência de noção das alternativas terapêuticas como forma de atenção relacionada às necessidades de saúde demandadas. Dessa forma, seja pela busca de cuidados médicos seja pela disponibilidade de medicamentos ou da procura deles, o que se mostra é o poder da medicalização e de algumas ações sobre outras. Assim, para superação deste foco ainda limitado, em termos desta Política, a análise permite dizer que ainda é preciso estimular a fitoterapia por meio de tecnologias dirigidas ao cuidado de si e produtor de modos de ser.

Em seguida, ouviu-se a opinião dos profissionais sobre a oferta da fitoterapia, na condição de PICs, para saber se esta poderia ser colocada como possibilidade de cuidado e como poderia atender a algumas das necessidades de saúde das pessoas. Ao serem indagados, os entrevistados opinaram e apontaram questões problemáticas como se pode observar nos recortes textuais destacados abaixo:

Sim. Para os casos de gripe, diarreia e hipertensão as plantas medicinais podem ser uma boa opção (E1 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Serve para evitar se tomar tanta medicação, porque a população em geral está viciada em tomar antibióticos e remédios de farmácia (E3 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Sim. Só falta a boa vontade de querer e fazer. Depende muito da aceitação do profissional (E 01 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Sim. Dependeria da aceitação e boa vontade para organizar as ações e capacitar os profissionais. As pessoas da comunidade apoiariam (E 03 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Não. Porque médicos e enfermeiros já estão acostumados só prescreverem os medicamentos de farmácia. Os profissionais não oferecem esse tipo de cuidado na unidade de saúde. Falta informação para esse tratamento. Aqui já teve uma médica que gostava (E 02 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Não. Nem todos os profissionais possuem esse conhecimento. Falta informação para desenvolver essas práticas. Não sei se é proibido ou não, mas não temos autorização da secretaria e não orientamos o uso das plantas medicinais. Os profissionais não recomendam (E3 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Não. Já tentaram fazer. A secretaria de saúde não permitiu. Existe uma proibição pela SMS. Precisaria ter autorização e uma estrutura de funcionamento para as práticas com plantas medicinais e uma capacitação para os profissionais de saúde (E10 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Os depoimentos mostraram que a noção de atender a determinadas necessidades de saúde com a indicação das plantas medicinais e dos fitoterápicos como possibilidade está presente, embora esse atendimento dependa da boa vontade e da aceitação do profissional. Mostraram, também, que existe a necessidade de superação de problemas, como: o medo e a proibição, que também apareceram como formas veladas que impossibilitam o desenvolvimento das PICs na ESF.

A análise desses dados direciona a discussão para a relação entre oferta e demanda de PICs, revelando que a ausência destas evidencia um descompasso entre as práticas de saúde e o aproveitamento de recursos comunitários para atender as necessidades de saúde. Esse fato pode ser atribuído ao desconhecimento das formas de aproveitamento das potencialidades existentes ou da não adequação da ESF a um formato que seja capaz de corresponsabilizar os comunitários pela sua participação na construção da saúde pela implementação de políticas que tragam opções terapêuticas alternativas.

Os profissionais de saúde ainda não demonstram possuir autonomia para a territorialização da fitoterapia no fazer cotidiano, porque não existe um sentido comum sobre o atendimento com este cuidado e suas maneiras de agir. Embora não se possa esperar a aceitação das PICs pela totalidade de profissionais, se poderia pensar em uma forma de atrair simpatizantes que se dispusessem a mostrar contrapartidas para as práticas hegemônicas que só reproduzem as relações de poder ligadas à hierarquização do saber.

É preciso esclarecer que o processo de territorialização de uma política passa por etapas, no sentido de sua construção e apropriação coletiva, que envolve participação e controle social. Assim, só com o conhecimento do território e de suas necessidades é possível compreender a vida, os conflitos e consensos que vão permear a gestão. A localização das

peessoas interessadas em fazer a problematização da realidade concreta e o planejamento de atividades, coloca os sujeitos em posição de governabilidade. No entanto, exige atitudes que desencadeiem o processo.

Nesta análise, para se institucionalizar a fitoterapia na ESF, precisaria de forças presentes no território para fazer a sua gestão. Esta seria viabilizada por um processo democrático, mas sem imposição ou sobreposição de poderes. Uma gestão com caráter político (a partir das decisões coletivas tomadas na localidade) e territorial (definida para determinadas áreas que possuam as condições adequadas).

Para Costa *et al.* (2016), aquilo que se institucionaliza é deflagrado por efeito de uma produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos e crenças imbricados nessa relação. Portanto, quando as micropolíticas atuam como uma forma do desejo no campo social, existe uma grande possibilidade de se estabelecer resistência às variadas formas de dominação e opressão.

Romagnoli (2016) destaca que na aprovação de uma política há que se estruturar um conjunto de serviços e programas com ações em rede a partir dos níveis de complexidade do sistema, considerando-se a lógica da territorialidade e como base de referência a família nos territórios das demandas, necessidades e potencialidades locais. Conhecer a atuação dos profissionais envolvidos na área e a partir das relações entre macropolítica e micropolítica, planejar a reunião dos vários elementos do cotidiano.

Nesta perspectiva, tendo como referência a PNPIC, poderia ser problematizado o desenvolvimento das PICs, a partir de um enfoque do planejamento estratégico situacional, como um eixo de contribuição para a reorganização do modelo de atenção ESF. Assim, foram investigados os problemas que o serviço enfrentaria para ofertar a fitoterapia. Na opinião dos entrevistados, os problemas estariam relacionados tanto aos Profissionais da ESF quanto aos gestores da SMS, como foi destacado nos depoimentos a seguir:

O problema é a aceitação da SMS e dos profissionais que prescrevem medicações. O problema são os médicos que não aceitam. Eles brigam quando as pessoas da comunidade dizem que tomam chá e lambedor. Nenhum problema da parte da comunidade. Todo mundo aceitaria muito bem (E 02 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Alguns profissionais se recusariam, por falta de conhecimento. Há desentendimento entre os profissionais sobre essas coisas. Acaba achando que essas coisas da cultura entram em conflito com certas orientações feitas aqui (E 03 – Profissional de saúde do João Paulo II).

A SMS não daria o aval para as pessoas trabalharem com plantas medicinais. Também, não seria aceito pelos profissionais. Falta conhecimento dos profissionais em relação a estas práticas. Se fosse liberado não teria problema. Seria assim como o

soro caseiro, que todo mundo pode passar (E 06 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Fitoterapia é uma área nova. É preciso saber a indicação e prescrever a dose correta. É preciso encontrar os produtos para a prescrição. Existe uma produção de plantas medicinais mas é limitada e reduzida. Alguns profissionais não são qualificados para articular o tratamento com plantas (E 08 – Profissional de saúde do João Paulo II).

As falas e os significados construídos denunciam questões profissionais e gerenciais que sugerem, por um lado, fortes relações de hierarquia, que são bastante complexas para serem enfrentadas e, de outro, relações enfraquecidas dentre os profissionais de saúde. Estes vivem relações horizontais, assimétricas, com pouca compreensão do papel e do poder individual e coletivo que possuem. Aparentemente, falta compreensão para fortalecimento das relações de trabalho e para oportunizar as diversas práticas dentro do território, um espaço em constante transformação.

Neste entendimento, é necessário dizer que, para territorialização das PICS prescinde-se de um movimento das micropolíticas, com o desejo de implantação da PNPIC, pois como afirma Romagnoli (2016), mesmo uma política bem formulada nos documentos encontra desafios e fragilidades na sua execução, o que dificulta o trabalho pela presença de mecanismos despotencializadores, que muitas das vezes impedem modos de trabalhar mais ativos.

Em geral, os modos de uso do território da saúde são ordenados predominantemente pelas práticas hegemônicas dos profissionais de saúde, em detrimento das práticas populares dos guardiões, consideradas pouco expressivas.

Corroborando para fundamentar essa constatação, apóia-se em Romagnoli (2016), quando diz que:

[...] o funcionamento macropolítico se sustenta nas instituições de âmbito representacional e domestica o espaço e o tempo estabelecendo rotinas de trabalho, diferenças entre as profissões, ritmos e tarefas, formas de agir que dão contorno às práticas. A dimensão micropolítica se constitui no modo como esses profissionais se tensionam entre assujeitamentos e entre conexões de expansão da vida nas suas diferentes ações. A macropolítica expressa o que ganha forma através de código, operando por meio do instituído, insistindo em sobrecodificar a vida. A micropolítica insiste no que escapa da sobrecodificação, podendo atuar tanto para oprimir, nos microfascismos, quanto para inventar nas conexões com forças que trazem o novo. (ROMAGNOLI, 2016, p.155)

Estruturar um modelo de cuidado em saúde com aplicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia representa importante estratégia para a reorganização da atenção em saúde, uma vez que recoloca o

sujeito que necessita da atenção no centro do paradigma da integralidade. Neste sentido, uma proposta de gestão política deve ser suficiente e responsável para garantir o acesso ao cuidado, por mecanismos de governança, tais como: os dispositivos; o espaço e os sujeitos.

Quando perguntado quais seriam as principais mudanças na Estratégia de Saúde da Família para inserção das PICs Plantas medicinais e Fitoterapia, as narrativas dos entrevistados compuseram, paulatinamente, os fios das mudanças no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Ao expressar suas opiniões, foram tecendo as relações possíveis de serem construídas com a comunidade. Assim, foram representando e justificando suas ideias para dar sentido às ações possíveis.

Educação para o uso correto das plantas medicinais, porque as pessoas têm canteiros com plantas, mas elas não usam corretamente. Misturam muitas espécies e nem têm uma quantidade padrão das quantidades que devem misturar. Muitas pessoas preferem a automedicação. Na minha área, quase todo mundo tem canteiro. Minha avó tem canteiro. Ela sabe fazer. Com ela o pessoal ia aprender (E 02 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Acredito que tinha que mudar a forma do trabalho. Organizar a forma de oferta de remédios à base de plantas medicinais. Porque em toda casa tem uma planta e as pessoas já usam o que têm. Vem pro posto porque quer consulta e remédio de farmácia. Precisaria orientação para que as pessoas pudessem se automedicar com plantas, com segurança. Todos os profissionais precisariam saber para orientar (E 03 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Precisaria mudar a forma de atender. Em alguns casos as indicações de plantas poderiam ser feitas. Seria um tratamento iniciando com plantas. Se não desse resultado, voltaria para o médico. Mas precisaria todos os profissionais indicarem porque os profissionais daqui têm medo. Ninguém quer se comprometer de orientar o uso de plantas medicinais, porque não sabe, não foi capacitado pra essas orientações (E 05 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Seria necessário que todos os profissionais entendessem e explicassem a população sobre o tratamento com plantas medicinais. Assim, ajudaria a muita gente que precisa se tratar ou prevenir as doenças. Ajudaria a diminuir a procura por remédio de farmácia. O tratamento é mais lento, mas se fosse orientado para o uso correto não prejudicaria outras coisas (E 06 – Profissional de saúde do João Paulo II).

O principal seria oportunizar o acesso aos medicamentos naturais. Promover rodas de conversa para educação em saúde. Conversar mais com as pessoas sobre esse tratamento com plantas. Seria positivo. Se as pessoas entendessem, muita gente iria aderir ao tratamento. Seria importante como um recurso a mais, pois já tem dois anos sem medicamentos, aqui nessa unidade (E08 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Seria necessário trazer a temática para informar melhor os usuários do serviço. A abertura para a fitoterapia tem que ser primeiro do profissional de saúde. Continuariam as mesmas práticas e os profissionais acrescentariam essas alternativas (E16 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Precisaria mudar a estrutura e buscar conhecimento para ter condições de acrescentar a oferta do cuidado com plantas. Se conseguisse implantar essas práticas, acredito que melhoraria a qualidade de vida das pessoas da comunidade, pois os recursos naturais são melhores para a saúde (E10 – Profissional de saúde do João Paulo II).

A partir dessas falas, percebem-se as contradições e limitações que os profissionais de saúde enfrentam no processo de trabalho para produzir tais PICs, como um acréscimo às suas práticas cotidianas. Com estas narrações fica demonstrado que há uma lacuna quanto ao tornar possível a oferta de PICs como eixo estratégico na produção do cuidado e no desenvolvimento comunitário.

Para Botsaris (2009, p. 170), a utilização das plantas medicinais, como uma prática, pode ser considerada uma excelente alternativa na atenção básica à saúde, uma vez que elas: valorizam a cultura popular; promovem cadeias produtivas locais geradoras de emprego e renda; possuem baixo custo; são de fácil aplicação e baixo risco, com grande margem de segurança; promovem a racionalização do uso dos recursos na saúde (hoje utilizados, em sua maioria, para compra de analgésicos e benzodiazepínicos); estimulam o aproveitamento dos recursos genéticos; apresentam boa aceitabilidade pela população.

Tomando como base as colocações do autor acima foi perguntado sobre as possibilidades de integração do conhecimento popular com o conhecimento científico na área do estudo, para oferta de plantas medicinais e dos fitoterápicos de forma integrativa e complementar aos tratamentos com alopáticos na ESF. Obtiveram-se os seguintes depoimentos:

Primeiro as pessoas tem que conversar. Primeiro trocar conhecimento, para ver como combinar os tratamentos e quais os resultados que eles vão dar. Sempre vai ter alguém que discorde. Mas com o diálogo existe a possibilidade (E4 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Sim é possível. Eu mesma converso muito com as pessoas da horta. Algumas moram na minha área. As pessoas afirmam que é bom que serve, mas querem o apoio dos ACS. Querem a afirmação do ACS. O ACS fica com medo de fazer mal e a comunidade jogar a culpa nele (E5 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Sim. O conhecimento popular é importante porque tem muita sabedoria proveniente das tradições culturais. No caso das plantas medicinais, com o estudo científico o conhecimento resultante pode ser uma grande riqueza para as práticas terapêuticas da saúde. Já fiz tratamento com plantas medicinais. Por experiência própria de uso, sei que dá bons resultados (E10 – Profissional de saúde do João Paulo II).

Uma análise dos depoimentos acima vem confirmar a hipótese da necessidade de uma maior integração entre profissionais de saúde e guardiões. Ou seja, é a partir das ações integradas entre ESF e as hortas que se pode desenvolver uma alternativa terapêutica de base comunitária, sustentável e promotora de inclusão social.

Quanto à relação dos profissionais da ESF com as práticas para indicações das plantas medicinais, percebeu-se que esta foi representada por eles como algo que melhoraria, sim, a qualidade de vida das pessoas. Os participantes enfatizaram a necessidade de orientações para

as indicações deles e os usos pelas pessoas usuárias do serviço, o que implica a dimensão dialógica de uma atividade educativa para viabilizar as práticas. Observaram que o comprometimento para orientações depende do saber como possibilidade. Por um lado, a possibilidade esbarra nas limitações de conhecimento, estrutura e cuidado. Por outro lado, para conseguir as mudanças necessárias só a efetivação da reorganização do serviço poderá assegurar o cuidado.

No entanto, os resultados evidenciam que todos os profissionais de saúde precisariam saber para orientar. Um saber, de forma homogênea, que possibilitasse a todos os profissionais entender e explicar os procedimentos à população sobre o tratamento com plantas medicinais. Mas a limitação existe pelo fato de os profissionais não terem sido capacitados para tais orientações, para mudar a forma de atender, de trabalhar e de organizar a oferta das plantas medicinais.

Quanto à relação dos profissionais da ESF com os guardiões, foi pontuado que a abertura teria que ser do profissional de saúde. Este tomaria a iniciativa de promover rodas de conversa sobre a fitoterapia como oportunidade para informar melhor os usuários do serviço. No entanto, percebe-se que este enfoque ainda é centrado muito na ação do profissional de saúde. Assim, a informação deles para os usuários se apresentaria com um caráter normativo em que predominaria o discurso vertical do saber técnico e científico. Revelando que há contradições no conhecimento deles, porque para as PICs acontecerem deve haver um entendimento horizontalizado de construção participativa e efetivação de canais de diálogo.

Para uma análise da gestão de modelos de atenção à saúde, parte-se do entendimento de que o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou a ESF, na sua própria estruturação de Atenção Básica, como ordenadora e gestora do cuidado. Os modelos foram sendo desenhados desde o tecno-assistencial em forma de pirâmide, e passa pelos fluxos a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e do incremento das novas tecnologias de trabalho e de gestão, em forma de círculo; até alcançarem a configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que foram propostas para articular práticas que dessem mais poder à sociedade, no atendimento de suas demandas e no enfrentamento do desafio de lidar com os ideários da saúde como direito.

No entanto, historicamente, buscam-se outros modos de operacionalizar e gerir as novas tecnologias de atenção à saúde, estimulando a governança dos sujeitos no seu cotidiano. A teia de complexidade das PICs surge com aparato em novas bases para territorializar um processo progressivo de tramas, considerando e incluindo as especificidades loco regionais, a

complementariedade, a articulação e a continuidade das ações e serviços visando à resolução das demandas, pelo trabalho em equipe multiprofissional e com mais humanização.

É essa noção de complexo que se deseja realçar na teia capaz de envolver sujeitos e ações articuladas que permitam apreender a realidade por um pensamento ampliado que dê lugar ao cuidado em saúde através da aplicação das Plantas Medicinais e Fitoterapia, de seus atrativos e ainda se preocupem com a racionalidade desses recursos naturais, uma vez que eles podem ser economicamente viáveis, mas podem se exaurir nas comunidades. Pois é fato que as plantas serão boas nas práticas biomédicas se antes forem valorizadas na cultura dos guardiões dos saberes comunitários.

Para Botsaris (2009 p. 173), as plantas medicinais foram equivocadamente consideradas medicamentos de segunda categoria, mas elas são as opções terapêuticas mais antigas utilizadas pela espécie humana no tratamento de saúde. Entretanto, nos modelos científicos preconizados pela medicina convencional são pouco aplicadas porque não existem metodologias ou protocolos tradicionalmente aceitos pela medicina oficial.

Assim, a proposta do modelo da teia, apresentada adiante, potencializará as ações da ESF, pois poderá acarretar, pelo menos, quatro grandes implicações para sistema de atenção:

A primeira será marcada pela reorganização das práticas sem detrimento das PICs. Nesse caso, tem-se um benefício local, pois a atenção é voltada para a saúde das pessoas com recursos endógenos. A segunda implicação é o baixo custo financeiro, haja vista que as ações do nível primário exigem tecnologias leves. Modelos como esse são interessantes para a saúde e para o ambiente. A terceira implicação é a integração das ações. Por último, aliviaria a sobrecarga para determinados profissionais com a realização de procedimentos para minimizar as demandas de baixa complexidade. Nessa relação, é comum exigir práticas inovadoras para atender ao processo saúde-doença da comunidade.

Assim, o diálogo, o encontro com o outro e com suas necessidades, mobilizam a criatividade como instrumento de interlocução que aproxima conhecimentos e afasta preconceitos. Entre os possíveis impactos derivados do modelo em termos de gestão, citam-se:

a) As PICs, concebidas como um movimento político devem ter sua sustentação no cotidiano dos profissionais de saúde, dos guardiões, dos usuários do SUS e da sociedade civil. Esse movimento, permite que os sujeitos passam a se responsabilizar pela atenção à saúde no seu território e não esperem que sujeitos externos (os criadores da política) busquem o serviço quando quiserem implantar verticalmente um programa ou uma política. Haverá que ter o

interesse e a integração das ações entre ESF e guardiões tendo em vista as diferentes especificidades das ações para as necessidades de saúde;

É no território das ações do cuidado que essa negociação pode acontecer. Nesse sentido, Merhy e Feuerwerker (2009) explicam que o usuário exerce seu direito de participar da construção de um projeto terapêutico e não adere às propostas que lhe provocam mais desconforto que conforto ou que não produzem o efeito imaginado/desejado. Conforme os autores:

O usuário reconhecido como agente poderia participar ativamente da construção dos projetos terapêuticos (construídos de modo compartilhado por vários profissionais), que levassem em conta outros elementos que não apenas recomendações a partir do melhor conhecimento técnico-científico disponível dirigido aos problemas “diagnosticados” e não necessariamente à produção dos melhores arranjos para andar a vida. Assim é que o trabalho vivo dá às práticas de saúde o atributo da liberdade, a possibilidade de os sujeitos em ato exercerem, no limite, a sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde. Por isto mesmo, o processo de trabalho em saúde tem uma potência instituinte, isto é, a capacidade de operar mudança. (MERHY, FEUERWERKER, 2009, p. 09)

b) Ao se responsabilizar pelas PICs no seu território, a ESF pode contar com as demais parcerias (horta, escola, domicílios, igrejas, UPA, hospitais, NASF, associações) para realizar, sistematicamente, ações de saúde que ajudarão a melhorar as condições de vida e saúde da população sob sua responsabilidade. E isso potencializa a mobilização de ações de prevenção e promoção à saúde e, ao mesmo tempo, diminui as demandas das práticas alopáticas; Caracterizando o que o cuidado com PICs pede como uma ação política de sujeitos numa combinação de saberes e técnicas para atender às necessidades de saúde; por disponibilizar tecnologias de cuidado que envolvam o autocuidado, o atendimento domiciliar e a participação popular, para uma maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde que demandem implantar experiências locais;

c) haverá maior capacidade resolutiva com respaldo de outros setores como SMS, SES, CMS, ANVISA, Assistência farmacêutica, universidades, ONG, entre outros, que apoiem as ações e os fluxos pelas PICs, pois, reconhecendo a legitimidade das práticas com plantas medicinais, o movimento desencadeará outras ações importantes para que se estabeleça a rede de atenção à saúde para a efetividade destas PICs;

A PNPIC juntamente com as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, de Atenção Básica e de Alimentação e Nutrição, conforme Brasil (2012), são grande marcos da saúde coletiva que contemplam e estimulam ações intersetoriais e transversais num esforço de integração de políticas públicas com foco, principalmente, na promoção da saúde. Além disso, preconizam o uso de tecnologias que consideram o sujeito em sua singularidade,

complexidade, integralidade e inserção sociocultural, imprescindíveis para a melhoria da atenção à saúde das pessoas e a ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS.

Merhy e Feuerwerker (2006) acrescentam que conceitos e problemas que pareciam imutáveis, inerentes à contingência das organizações, passam a ser transformáveis, revelando a potência de cada um dos atores na medida de sua participação no coletivo. Produzir cuidado por meio do trabalho em saúde depende da construção de processos relacionais – entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e usuários que possam suportar a exposição das implicações que a produção de cuidado opera. De um lado, a implicação que nasce do mundo das tecnologias duras e leve-duras. De outro, a que constitui e emerge no platô das tecnologias leves dentro da tensão saber/sabedoria em torno do mundo singular de cada usuário.

d) Com a reorganização do modelo, as micropolíticas poderão se alinhar às macropolíticas. Conforme Brasil (2012), as plantas medicinais como instrumento de políticas demandam ações intersetoriais que transcendem o setor saúde, perpassando pela agricultura, meio ambiente, ciência e tecnologia, entre outras. A Política nacional traz, como objetivo, garantir o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável dos recursos e o desenvolvimento da cadeia produtiva.

Assim, na gestão de um modelo de cuidado encontram-se tramas fortes e fracas, que resultam no entrelaçamento de relações que podem transformar a realidade contextual, dependendo da forma como os sujeitos se posicionam na teia. A possibilidade de trocas e de interações pelos mecanismos de solidariedade faz a operacionalização do cuidado com a saúde e ambiente e traz como possibilidade uma terceira via de atenção.

Um modelo em conformidade nem só com o biomédico, nem só com o popular, mas construído com os múltiplos fios de um sistema aberto em formato de teia, com níveis de complexidade que se estendem para sua composição. Fios que tecem o significado de integração e complementariedade com bases técnico-científica. Portanto, o cuidado com as PICs plantas medicinais e fitoterapia é diverso nos processos de interações que precisam superar as dificuldades geradas pelas hierarquias, falta de autonomia e relações de poder do território. Assim, os valores relativos às ações necessárias precisam ser amplamente discutidos e compartilhados nos espaços comunitários de produção do cuidado.

Para tanto, conforme BRASIL (2006), o Ministério da saúde definiu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) para a ampliação das opções terapêuticas e da melhoria da atenção à saúde. E tudo isso em consonância com as diretrizes

do movimento, articulado pela PNPIC que sistematizou a incorporação das plantas medicinais e da fitoterapia nos serviços e nas práticas de saúde, proposta calcada em valores como a inclusão social, a redução das desigualdades sociais e a participação popular.

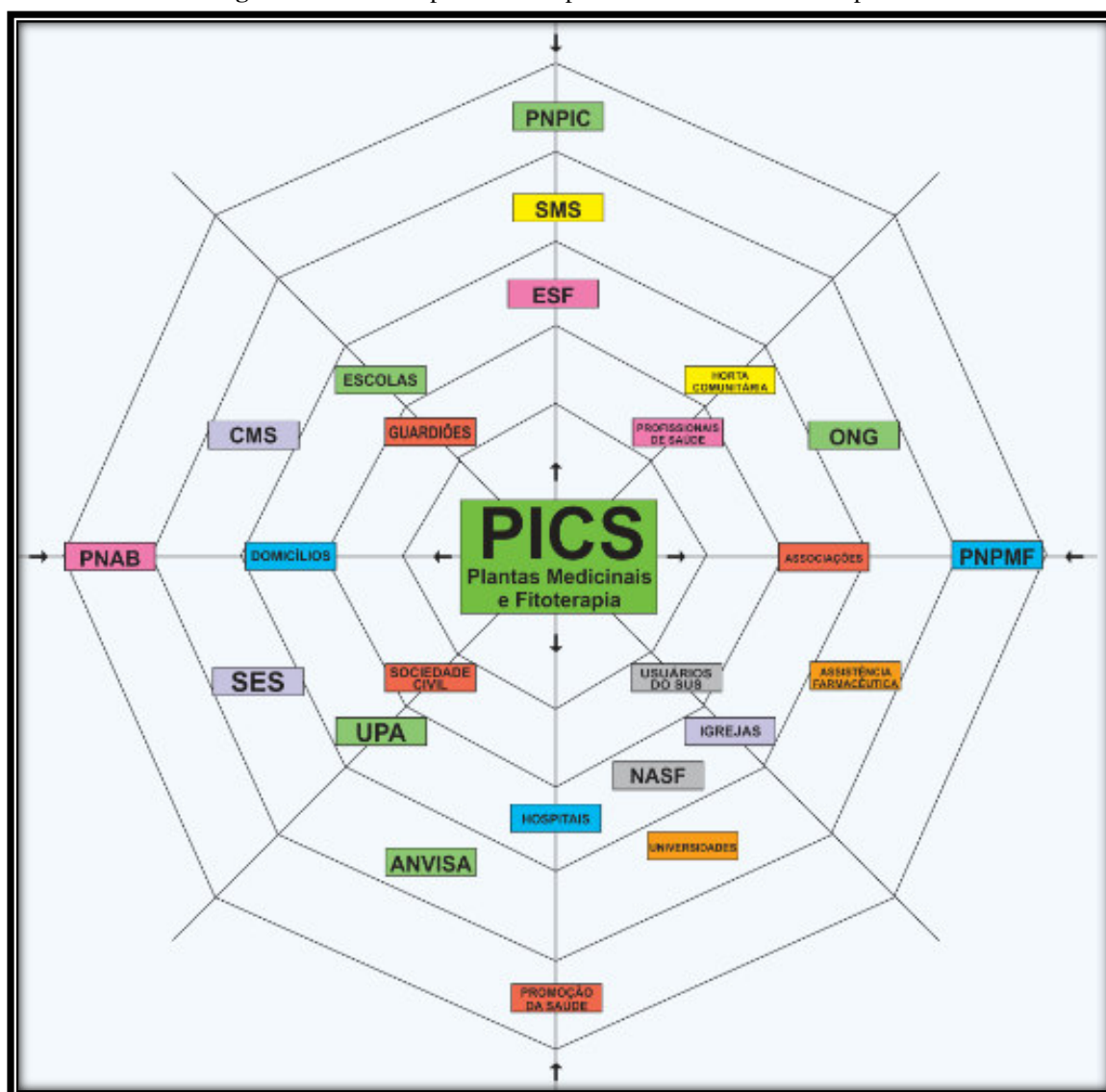
Brasil (2012) explica que a fitoterapia que está no SUS hoje, concebida como método terapêutico inserido nas práticas profissionais, é a que é chamada de fitoterapia científica ocidental. A Fitoterapia científica ocidental é o estudo integrado do emprego clínico de plantas medicinais e dos fitoterápicos para finalidades terapêuticas, diagnósticas ou profiláticas, com base em dados e evidências científicas, mesmo que se partindo inicialmente de conhecimentos populares e tradicionais. O que não quer dizer que possa ser impermeável aos desejos, crenças, tradições e conhecimentos populares com os quais ela vai se defrontar e dialogar.

Para Santos e Tesser (2012), em relação às políticas do cuidado em saúde, possibilitou que intervenções diagnósticas e terapêuticas de sistemas médicos não hegemônicos obtivessem legitimidade institucional, consideradas sua coerência teórica e consistência terapêutica.

Nesta perspectiva, Nascimento *et al.* (2013) esclarece que a transformação dos serviços da rede de saúde que ocorre com a introdução de PICs ao criar uma outra via é extremamente original e promissora, do ponto de vista epistemológico, teórico e cultural, para a compreensão epistemológica, filosófica e social dos diferentes saberes e práticas especializadas de cuidado e cura.

Na opinião de Romagnoli (2016), aquilo que é deflagrado em uma instituição tem implicações nas práticas realizadas por ela e é sempre efeito de uma produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças que estão imbricados nessa relação. Dessa forma é que um sistema descentralizado, com participação popular e financiado pelo poder público se consolida como uma política pública.

Dessa forma é que o entrelaçar da teia do cuidado com plantas medicinais depende da mobilização, criatividade e capacidade de articulação de aspectos do conhecimento científico para abraçar aspectos do conhecimento popular. Representa uma das urgências de buscar o fortalecimento do cuidado integral no SUS por meio da integração das práticas com ações e atitudes de humanização. A figura 10 apresenta um modelo para as PICs plantas medicinais e fitoterapia.

Figura 10 – Modelo para as PICs plantas medicinais e fitoterapia.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Do modelo às práticas, por forças presentes no território que se mobilizam na produção coletiva de valores e interesses com impactos que provocam a mudança no modo de gerenciar as práticas em saúde, implicando formas de ação realizadas por diferentes atores, como mostra o quadro 11.

Quadro 11 – Atores e formas de ação no contexto das PICs.

(Continua...)

ATORES	FORMAS DE AÇÃO NO CONTEXTO DAS PICs
Profissionais de saúde	Reorientação dos processos de trabalho de acordo com as Diretrizes políticas; Reorganização das práticas para dar sustentação ao movimento político das PICs; aproximação dos movimentos de qualificação para fitoterapia no município; integração das

ATORES	FORMAS DE AÇÃO NO CONTEXTO DAS PICs
	práticas na ESF
Guardiões	Manutenção da cadeia produtiva das plantas, os recursos naturais de baixo custo para garantia dos insumos para as PICs.
Usuários do SUS	Trazer as demandas de baixa complexidade para construção das práticas terapêuticas
Sociedade civil (representantes dos diferentes segmentos).	Garantia da acessibilidade às informações necessárias ao planejamento das PICs. Participação efetiva controle social no processo de implantação da política (PNPIC) e sua gestão no SUS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A territorialização das práticas com plantas medicinais e fitoterapia no modelo representado pela teia é mais um desafio do cuidado em saúde rumo à integralidade da atenção. Cabe ressaltar, portanto, que é preciso estabelecer estratégias que favoreçam o diálogo transdisciplinar por onde perpassam os distintos saberes.

Para Morin (2010), não basta enunciar necessidades de contextualizar e religar os saberes, é preciso encarar os métodos, instrumentos operadores e conceitos aptos a produzir essa reunião. Para este autor:

[...] Nos dias atuais, a história da vida e a complexidade das espécies não pode ser entendida de modo linear. Na história, já consta que ocorreram pelo menos três extinções das espécies. Assim, a ciência moderna tem que negociar com a incerteza. A aquisição da incerteza é uma das maiores conquistas da consciência porque a aventura humana, desde seu começo, sempre foi desconhecida. É preciso ensinar também o que sabemos hoje, que a aventura humana é desconhecida e que dispomos apenas de dois instrumentos para enfrentar o inesperado: o primeiro é a consciência do risco e do acaso. O segundo é a estratégia. Isso implica ser capaz de modificar o comportamento em função das informações e dos conhecimentos novos que o desenvolvimento da ação nos propicia. (MORIN, 2013, p.100 e 101)

Assim, compreende-se que a conquista de espaço institucionalizado das PICs é incerta, porém fundamental para o cuidado integral. Nesta perspectiva, as ações precisam ser ressignificadas. Isso implica saber resolver os problemas e aceitar as diversas práticas. Diferentes fios perpassarem o contexto onde se inserem os saberes que podem fazer intercâmbios entre si formando a teia necessária para a reconfiguração entre o preconizado na PNPIC e a realidade contextual.

CONCLUSÕES

O acesso ao cuidado com emprego das plantas medicinais e dos fitoterápicos pelos usuários do SUS depende do reconhecimento destas práticas e da manutenção de uma cultura que tem muito a contribuir para a saúde das pessoas. Portanto, devem ser trabalhados aqueles aspectos que se referem ao compartilhamento de conhecimento entre os profissionais de saúde da ESF e os Guardiões do conhecimento popular. Dessa aproximação, espera-se lograr uma maior integração para relações que futura e hipoteticamente possam vir a assegurar ações estratégicas para reorganização do modelo de atenção.

As práticas de cuidado em saúde com a utilização das plantas medicinais ganharam status de Política, portanto é imprescindível discutir-se essa temática localmente, com os comunitários envolvidos no processo de produção do cuidado. Nesta perspectiva, é fundamental a questão do alinhamento de práticas com plantas medicinais e a necessidade do diálogo entre profissionais de saúde e os guardiões agricultores da horta comunitária para o cuidado em saúde, considerando-se que esta terapêutica poderá ser uma forma de contribuir tanto para o desenvolvimento local como para a saúde das pessoas.

Os critérios utilizados para os balizamentos de alinhamento das práticas mostraram que, apesar de as Diretrizes da PNPIC se constituírem como referências para tais práticas, elas não são suficientes para superar dificuldades conceituais e implementarem mudanças frente às práticas hegemônicas em saúde. Também, não podem garantir o perfil profissional e a estrutura ideal da ESF para as PICs. Como foi constatado, o acesso, a formação, a educação permanente, a participação popular e a promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS necessitam, ainda, ser debatidos e passar por um processo de organização comunitária e ajustamento de comportamentos, aptidões e atitudes inerentes às PICs.

As práticas terapêuticas são determinadas pelo universo simbólico e subjetivo dos sistemas de valores que as pessoas atribuem à saúde e à atenção que querem ter quando adoecem. Com essa ideia é possível compreender o processo de trabalho no cotidiano dos profissionais da ESF e dos guardiões, bem como os movimentos em prol da apropriação dos recursos existentes nas comunidades ainda são incipientes.

Uma das descobertas, foi a de que o conhecimento dos profissionais da Estratégia de saúde da Família, em relação às práticas com plantas medicinais, independe do grau de

escolaridade destes, tem origem, basicamente, na tradição das famílias, de grupos religiosos ou na informalidade, e pode-se afirmar que é bem reduzido. O conhecimento reduzido talvez justifique o fato de não visualizarem a inserção destas Práticas Integrativas e Complementares no serviço de saúde, para agregar mais benefícios às demais práticas biomédicas.

Quanto à natureza do conhecimento dos guardiões, mesmo diversa, pode ser experimentada individualmente ou pela convivência com outros. Essa troca de experiências entre as pessoas faz com que a relação homem/natureza se mantenha e seja transmitida às gerações seguintes, fazendo com que as práticas com plantas medicinais sobrevivam frente às tecnologias modernas de tratamento do modelo hegemônico.

Identificaram-se dificuldades e potencialidades para as práticas da fitoterapia, porque o conhecimento da medicina popular, embora reconhecido como importante, ainda não é valorizado no sentido de ser integrado na ESF e o cultivo das espécies, que, também é reconhecido, permanece pouco explorado como uma fonte de recurso terapêutico, no cuidado em saúde. Assim, há a emergência de ações intersetoriais que visem à reorganização dos serviços de saúde com a adoção de outras iniciativas que tenham, por objetivo, melhorar o cuidado onde essa população está inserida.

Ao se considerar o documento para as Práticas Integrativas e Complementares no SUS e suas proposições relacionadas às potencialidades, verificou-se que tais práticas ainda não encontram sustentação, uma vez que não existe, no município, uma rubrica que garanta os recursos financeiros. Outro impedimento é o pouco conhecimento da PNPIC que inviabiliza a produção de protocolos de prescrição das plantas medicinais e dos fitoterápicos, necessários para o cuidado institucionalizado e o auto-cuidado domiciliar.

Considera-se que, ainda é insuficiente a formação qualificada que promova a cadeia produtiva das plantas medicinais e dos fitoterápicos. Faltam, ou não se tem conhecimento, de pesquisadores que se coloquem à disposição para assessorar Programas de Fitoterapia e Farmácias Vivas, de forma que estas pudessem vir a se constituir em centros de referência. Tais centros são necessários para incentivar a aquisição de plantas medicinais cultivadas especificamente para os programas do SUS e para que haja uma expansão da promoção do acesso às plantas medicinais e à fitoterapia para além da atenção básica.

Observou-se que prevalece a noção de medicalização, na definição da saúde com o consumo de cuidados médicos e de medicamentos. As normativas políticas direcionam os processos de cuidado ao modelo hegemônico. Faltam forças na liberdade do trabalho vivo que

impulsionem o movimento da territorialização das PICs. Falta expressão característica das micropolíticas no processo de gestão que pode tecer outro modelo.

A gestão das práticas de saúde tem sido apontada como condição essencial e um desafio para o cuidado integral a ser enfrentado pelos profissionais de saúde na estruturação de serviços efetivos, sustentáveis e orientados para a satisfação das necessidades de saúde dos usuários do sistema e das comunidades. Portanto, a reorganização do modelo de atenção para PICs saúde, na ESF, apresenta especificidades sem precedentes. Por um lado, envolve relações sócio-econômicas e culturais; por outro, exige um sistema federativo sem tradição de relações intersetoriais organizado e com autonomia política.

No contexto urbano, a procura pelos profissionais das Estratégias de Saúde da Família, presentes nas comunidades, sobressai-se na preferência da demanda em busca de solução para as necessidades de saúde. Entretanto, a diversidade vegetal das hortas, que compõem a farmácia popular e o conjunto de saberes tradicionais dos guardiões faz com que eles ainda tenham um importante papel social, de modo que sejam reconhecidos e procurados pelas pessoas em busca de recursos para prevenir ou curar doenças.

Uma proposta que preveja a produção do cuidado mediante o uso de plantas medicinais exige que haja uma atuação comprometida e uma articulação eficaz de saberes. As ações e as atitudes dos profissionais de saúde e dos guardiões devem estar engajadas e voltadas para um único propósito: efetivar, de forma solidária e compartilhada, uma resposta qualificada à saúde. As interferências sobre os contextos instrumentalizarão os sujeitos a melhores condições de saúde, de modo que lhes cabe dominar os processos lógicos de construção dos saberes e de mobilização para as práticas.

Para além da resistência que possa haver por parte de profissionais de saúde em atuar junto com os guardiões, estes participantes mostraram que pode haver, também, flexibilidade para se estabelecer novas relações, novos olhares para o cuidado na ESF. Essa possibilidade de transformação aponta para a necessidade do exercício de um diálogo interdisciplinar que exalte a criatividade e as habilidades de cada sujeito para valorizar os saberes e respeitar os fazeres comunitários.

Assim, comprova-se a tese de que a chave está no estabelecimento do diálogo entre profissionais da saúde e guardiões da medicina popular como forma de favorecer as Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia e a transformação da Estratégia de Saúde da Família pela reorganização do modelo de atenção.

Conclui-se que reorganizar o modelo de atenção requer a aproximação dos sistemas de atenção à saúde (o cultural e o convencional). Para tanto, é preciso fazer uma abertura estrutural na ESF para comprometimentos com as mudanças que valorizem diferentes práticas e saberes de modo que se dialogue sobre o tema para além dos muros e de modo que se desencadeie um movimento que promova novas atitudes. Estas transformações serão decisivas para se lograr o desenvolvimento de alternativas mais eficazes que ampliem a atenção dispensada à saúde e ao meio ambiente de maneira equilibrada, humana e sustentável.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia. **Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública**. Enferm., UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):21-6.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: Noções práticas**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.
- ANJOS, R. L. C. dos. **Reserva Legal em Assentamentos Rurais no Semi-Árido Sergipano**. 2000.
- ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Contribuições das Plantas Medicinais Para o Cuidado e a Promoção da Saúde na Atenção Primária. Interface (Botucatu), **Comunicação Saúde Educação**, vol.17, nº 46. Botucatu, July/Sept. 2013.
- AQUINO, Rosana. **Texto de apoio 3. Conhecendo o território. Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família** – Salvador: Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2003. 183p. Série Cadernos técnicos.
- ARAÚJO, Melvina Afra Mendes de. **Bactrins e quebra-pedras**. Inteface (Botucatu), v.4, n.7, p.103-10, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/08.pdf>>. Acesso em: 19 maio. 2015.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.
- BADKE, Marcio Rossao; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SILVA, Fernanda Machado da; RESSEL, Lúcia Beatriz. Plantas Medicinais: o Saber Sustentado na Prática do Cotidiano Popular da Fitoterapia na Rede Básica de Saúde. **O Olhar da Enfermagem**. Esc. Anna Nery, vol. 15 (1): 132-139. Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2011.
- BARBOSA, Maria Alves et al. **Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde**. Enferm., UERJ, 2004; 12:38-43.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 2ª reimpressão da 1ª ed. 70. 2011/ LTDA Almedina Brasil.
- BASTOS, Rosângela Alves Almeida; LOPES, Ana Maria Cavalcante. A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 14, Número 2, Páginas 21-28. João Pessoa, 2010.
- BOBBIO, Norberto, 1909 – **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. – Nova ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BODSTEIN R.C.A. O debate sobre Avaliação das Práticas e Estratégias em Promoção da saúde. Boletim Técnico do SENAC: **A revista da educação profissional**. V. 35, n. 2 p. 7 a 16. Maio/Agosto 2009.
- BOFF, Leonardo. 1938 – **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- BOTSARIS, ALEX. Brasil. **Plantas medicinais e fitoterápicos: um olhar sobre a atenção à saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRANDÃO, Calos Rodrigues. **O Que é Educação Popular** – Coleção Primeiros Passos Carlos Rodrigues Brandão. Editora: Brasiliense. Ano: 2006.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Educação Popular na Escola Cidadã**. Vozes, Petrópolis, 2000.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

BRASIL. **Cad Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008; 24 Supl 1:7-16.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006c.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**. Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: CONASEMS, 2006d. 282

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000a.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. **Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde**. Brasília: Casa Civil, 2000b.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília, Dezembro de 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica 1**, Brasília. Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 48, de 16 de março de 2004. **Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 mar. 2004, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006a. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** D.O.U., seção 1, nº 204, 24 de outubro de 2011, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS.** Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. **Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27, versão preliminar).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** -Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 196 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** -Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 196 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6º. Andar, Sala 625 CEP: 70058-900, Brasília/DF 1ª edição – 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **A Constituição e o Supremo** [recurso eletrônico] / Supremo Tribunal Federal. – 4. ed. – Brasília: Secretaria de Documentação, 2011.

BRASILEIRO, Beatriz Gonçalves; PIZZIOLO, Virginia Ramos; MATOS, Danilo Santos; GERMANO, Ana Maria; JAMAL, Claudia Masrouah. **Plantas Medicinais Utilizadas pela População Atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

BRUNING, Maria Cecilia Ribeiro; MOSEGUI, Gabriela Bittencourt Gonzalez; VIANNA, Cid Manso de Melo. A Utilização da Fitoterapia e de Plantas Medicinais em Unidades Básicas de Saúde nos Municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a Visão dos Profissionais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.17, no.10. Rio de Janeiro, Oct. 2012.

CAMARGO, M.T.L.A. **Medicina popular**: aspectos metodológicos para pesquisa, garrafada, objeto de pesquisa, componentes medicinais de origem vegetal, animal e mineral. São Paulo: ALMED, 1985. 130p.

CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. **As plantas medicinais e o sagrado: a etnofarmacobotânica em uma revisão historiográfica da medicina popular no Brasil** / Maria Thereza Lemos de Arruda Camargo. – 1ª ed. – São Paulo: Ícone, 2014.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de Mutação**. Título do original: "The turning point" 1982. Disponível em: <http://br.groups.yahoo.com/group/digital_source/>. Acesso em: 20 abril 2015.

CARNEIRO, S.M.O.; PONTES, L.M.L. **Da planta ao medicamento: experiência da utilização da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no município de Itapipoca/CE**. Saúde Debate, n.30, p.50-5, 2004.

CARVALHO, Isaac Cavalcante de et al.; **Plano Plurianual de Saúde de Juazeiro-BA**, 2010-2013. Juazeiro. Secretaria de Saúde, 2010.

CEARÁ. **Decreto do Governo do Estado nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009**. Aprova o Regulamento Técnico da Fitoterapia no Serviço Público do Estado do Ceara. [S.l.: s.n], 2009.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 abri 2015.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. **Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.531-42, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004, p. 50.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos Tecno Assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. Relatório conjunto do Diretor Geral da Organização Mundial de saúde e do Diretor Executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância. Alma Ata, OMS, 1978.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol. 24 suppl.1, Rio de Janeiro, Jan. 2008.

COSTA, Pedro Henrique Lucas; Leitão Paravidini, João Luiz; Souza Camargo Próchno, Caio César; Silva Neves, Anamaria. **Do Estado à micropolítica: laço social e modalidades de (r)existência**. Psicologia e Sociedade, vol. 28, núm. 1, enero-abril, 2016, pp. 26-34 Associação Brasileira de Psicologia Social Minas Gerais, Brasil Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309343970004>

COSTA NETO, Milton Menezes. **Educação Permanente/ org**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica**. Luiz Roberto Agea Cutolo. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35, no. 4, de 2006.

CYRINO, E. G, PEREIRA M. L. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Cad Saúde Pública. 2004; Vol. 20, n. 3, pp.780-788.

DAWSON, A. G. **O Poder das Ervas**. São Paulo: Best Seller, 1991.

DEWEY, John. **Vida e Educação**. SP. Melhoramentos – Ministério da Educação e Cultura. 10ª edição.1978.

DIAS, J. E. A importância do uso de plantas medicinais em comunidades de periferia e sua produção através da agricultura urbana. **Acta Hort.**, v.569, p.79-85, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 18 out. 15.

DINIZ, R. C. **Programa Municipal de Fitoterapia no município de Londrina, Paraná.** Saúde Debate, n.34, p.73-80, 2006.

DUQUE JÚNIOR, João de Oliveira. **Experiência da Horta Comunitária da QE 38 do Guará/DF um Caso bem sucedido de agricultura urbana** Universidade de Brasília Faculdade de Agronomia e Veterinária – FAV Brasília – DF 2014

FARIA, Rivaldo Mauro de. (1975). **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectiva de adequação ao perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG.** Rivaldo Mauro de Faria. Campinas,SP.: [s.n.], 2012.

FERRAREZI, E.; OLIVEIRA, M. C. **Conferências Nacionais de Saúde e processos participativos na Administração Pública Federal Brasileira.** Brasília: Casoteca ENAP; 2010.

FERREIRA, JR; BUSS, P. **Atenção primária e promoção da saúde.** In: Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília: O Ministério; 2002. p.7-18.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de; AMESTOY, Simone Coelho; MILBRATH, Viviane Marten; CEZAR-VAZ, Marta Regina; KERBER, Nalú Pereira da Costa. **A saúde sob a perspectiva da cidadania.** *RemE - Rev. Min. Enferm.*; Vol. 13, n.2, pp.: 275-282, abr./jun., 2009.

FONTENELE, Rafael Portela; SOUSA, Dayana Maria Pessoa; CARVALHO, André Luís Menezes; OLIVEIRA, Francisco de Assis. **Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil.** *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.18, nº 8. Rio de Janeiro, Aug. 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia fitoterápico do Programa Farmácia Viva de Fortaleza.** 2004.

FRANÇA, I.S.X. et al. **Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.61, n.2, p. 201-8, 2008.

FRANÇA, Luciano Marcelo; MANTOVANELI, Júnior Oklinger; SAMPAIO, Carlos Alberto C.. **Governança para a Territorialidade e Sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, supl.3, p.111-127, 2012.

FREIRE, Paulo. (1921-1997). **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos** / Paulo Freire. – São Paulo: Editora UNESP, 2000. ISBN 85-7139-291-2 1. Educação 2. Freire, Paulo, 1921-1997 3. Pedagogia I. Título 00-987 CDD-370.1

FREIRE, PAULO. **Educação e mudança** p.14, 12ª edição. Ed. PAZ e TERRA. Biblioteca Digital Paulo Freire, 03/09/2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** / Paulo Freire, São Paulo, Paz e Terra, 2011.

FREIRE, PAULO. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido** / Paulo Freire. – Notas: Ana Maria Araújo Freire Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, PAULO. **Pedagogia do Oprimido**, 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e terra, 1987. (**O mundo hoje**, v. 21)

FREIRE, PAULO. Política e Educação: ensaios/Paulo Freire – 5. Ed – São Paulo, Cortez 2001. **Coleções Questão de nossa época**; v. 23.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro (RJ): Livros Técnicos e Científicos; 1989.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil – 6ª Ed. 5 reimpressão. São Paulo: Atlas, 2012.

GOMES, M. T. S. Comunicação pública para uma democracia participada. **In:** Gomes MTS, coordenador. A face oculta da governança: cidadania, Administração pública e sociedade. Coimbra: INA; 2003. p. 191-213.

GONÇALVES, A. **O conceito de governança**. Anais do XV Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, Manaus, 2006 [acesso 10 de janeiro 2014]. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/Anais/Alcindo%20Goncalves.pdf>

GONDIM, G.M.M. et al. **O Território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização**. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255.

GRAÇA, C. Treze anos de Fitoterapia em Curitiba. **Saúde Debate**, n.30, p.36-41, 2004.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Produção de Conhecimento sobre Cuidados de Saúde no âmbito da família**. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro. Volume 15 supl. 1 p. 1497-1508, jun2010.

HAESBAERT, Rogério. Território e Multiterritorialidade: um debate. Rogério Haesbaert. **GEOgraphia**, Ano IX, n. 17, 2007. Geografia: conceitos e temas / organizado por Iná Elias de Castro, Paulo Cesar da Costa Gomes, Roberto Lobato Corrêa. – 3ª Ed. – Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2007.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2006 Abr-Jun; Vol. 15, n 2, pp.: 352-8.

HILGARD, Ernest R. **Teorias da Aprendizagem**. Herder Editora da universidade de São Paulo. 1969.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 19 dez 2014.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014**, publicada no Diário oficial da União em 28/08/2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/default.shtm>>. Acesso em: 19 dez 2014.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas** / Thomas S. Kuhn: tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 9 edição – São Paulo. Perspectiva, 2006. Debates: 115.

KUMMER, Lydia. **Metodologia participativa no meio rural: uma visão interdisciplinar. Conceitos, ferramentas e vivências**. Salvador: GTZ (Agência Alemã de Cooperação Técnica), 2007, p. 155.

LEITE, S. N. **Além da medicação: a contribuição da fitoterapia para a Saúde Pública. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública).** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

LEITE, M. T. M. **Concepções Pedagógicas.** Módulo Pedagógico. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. UNA-SUS UNIFESP, 2011.

LINNEKIN, J. S. **Defining tradition: variations on the Hawaiian identify.** American Ethnologist. Vol. 10, n. 2, p. 241-252, 1983.

LUZ, M. T.; ROSENBAUM P., BARROS, N. F. **Medicina Integrativa, política pública de saúde conveniente.** Jornal da Unicamp 2006; 27 ago. p. 2.

MACHADO, Adriana Germano Marega. WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. **Educação em Saúde.** UNA-SUS/UNIFESP. 2012. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MACHADO, Dayane Cordeiro; CZERMAINSKI, Silvia Beatriz Costa; LOPES, Edyane Cardoso. **Percepções de Coordenadores de Unidades de Saúde Sobre a Fitoterapia e Outras Práticas Integrativas e Complementares.** Saúde em Debate v. 36, n. 95, p. 615-623. Rio de Janeiro, out./dez. 2012.

MALTA, Jr. A.; DINIZ, M. F. F. M.; OLIVEIRA, R. A. G. **Das plantas medicinais aos fitoterápicos: abordagem multidisciplinar.** Joao Pessoa: PET-FARMACIA/CAPES/UFPB, 1999.

MARQUES, Juraci Cunegatto. **Paradigma para a análise do ensino: Um estudo dos componentes fundamentais de programas em educação.** Editora Globo, Porto Alegre, 1977.

MATOS, Catharina Leite. **Guia curricular para formação técnica de agentes comunitários de saúde / Catharina L. Matos, Maria Ester Souza Marinho e Maria José Côrtes Camarão.** Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2006. 224p., ilust.

MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas na fitoterapia no Nordeste do Brasil.** 2. ed. Fortaleza: Imprensa Universitaria UFC, 2000, 344 p.

MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas na fitoterapia no Nordeste do Brasil.** 2. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária UFC, 2000, 344 p.

MATOS, F. J. A.; LORENZI, H. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas.** 2. ed. Nova Odessa- SP: Instituto Plantarum, 2008. 544 p.

MATOS, F.J.A. **Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades.** 3.ed. Fortaleza: EUFC, 1998. 219p.

MATOS, F.J.A. **O projeto farmácias-vivas e a fitoterapia no nordeste do Brasil.** Rev. Cienc. Agrov., v.5, n.1, p.24-32, 2006.

MATTOS, Ruben Araujo, BAPTISTA Tatiana Wargas de Faria. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde.** Rio de ENSP /FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011.

MATUS, C. **Política, planificação e governo,** 2. ed. Brasília: IPEA, 1993, p. 297 p. 2v.

MAUSS, Marcel, 1950. **Ensaio sobre a dádiva / Marcel Mauss; tradução de António Filipe Marques; introdução: Claude Lévi-Strauss.** – Lisboa: Edições 70, 2013.

MAUSS, Marcel. **Esboço de uma teoria geral da magia** / Marcel Mauss; tradução de José Francisco Espadeiro Martins. – Lisboa: Edições 70, 2000.

MENDES, E. et al. Distrito Sanitário: conceitos-chave. **In:** Mendes, E. (org) Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. 3ª Ed. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MERHY, E. ; FEUERWERKER, L.C.M.; Ceccim, R.B. Educación Permanente en Salud. **Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **In:** MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG E. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-56.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **Saúde: Cartografia do Trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno assistencial. **In:** MERHY, E.E. ET al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, Emerson Elias. FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407p.

MITRE, Sandra Minardi; BATISTA, Rodrigo Siqueira; MENDONÇA, José Márcio Girardi; PINTO, Neila Maria de Moraes; MEIRELLES, Cynthia de Almeida Brandão; PORTO, Cláudia Pinto; MOREIRA, Tânia; HOFFMANN, Leandro Marcial Amaral. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciênc. saúde coletiva vol.13 suppl.2 Rio de Janeiro Dec. 2008.

MONKEN, Maurício. **Desenvolvimento de Tecnologia Educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde** **Dissertação Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP** Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Rio de Janeiro 2003.

MORIN, Edgar. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios** / Edgar Morin; Maria da Conceição de Almeida, Edgard de Assis Carvalho, (orgs.); tradução de Edgard de Assis Carvalho. – 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

MOROSINI et al. (2007). Carla Macedo Martins Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D’Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 266 p.: il. , graf. , mapa. ; – (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). Coordenadora da coleção Márcia Valéria G. C. Morosini.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; BARROS, Nelson Filice de; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. A Categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. Saúde cole@va** [online]. 2013, vol.18, n.12. pp.3595-604. Disponível em: <<http://>> Acesso em:

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE (NCCAM). Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/>>. Acesso em: 21 abr 2015.

OLIVEIRA, Elda Rizzo. **Doença, Cura e Benzedura: Um estudo sobre o ofício da Benzedeira em Campinas. Volume I. Orientador – Carlos Rodrigues Brandão. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas – SP, 1983.**

OLIVEIRA, L. M. P.; LEITE, M. T. M. **Concepções Pedagógicas. Módulo Pedagógico. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. UNA-SUS UNIFESP, 2011.**

OLIVEIRA, M.J.R.; SIMÕES, E.C.; SASSI, C.R.R. Fitoterapia no sistema de saúde público (SUS) no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Plantas Med.**, v.8, n.2, p.39-41, 2006.

OLIVEIRA, Ralph Santos; COLAÇO, Waldecir; COULAUD-CUNHA, Simone; CASTILHO, Selma Rodrigues de. Revisão Sistemática em Fitoterapia: Padronização Internacional de Qualidade. **Rev. bras. Farmacognosia**, vol.17, nº 2. João Pessoa, Abr./Jun. 2007.

O'REILLY, Érika de Mattos. **Agricultura Urbana – Um Estudo de Caso do Projeto Hortas Cariocas em Manguinhos, Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: UFRJ/Escola Politécnica, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata. [site da Internet]. Acesso em: 2015, 30 março. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.3, pp. 1801-1811.

PARANAGUÁ, Thatianny T. B. et al. As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 75-80, jan./mar. 2009.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.30, p.121-34, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>>. Acesso em: 23 abril. 2015.

PINHEIRO, Roseni. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro – RJ, 2009.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde** / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

PIRES, A.M.; BORELLA, J.C.; RAYA, L.C. **Práticas alternativas de saúde na atenção básica na rede SUS** - Ribeirão Preto/SP. **Saúde Debate**, n.30, p.56-8, 2004.

PLANTAMED – Plantas e ervas medicinais e fitoterápicos. Disponível em: <<http://www.plantamed.com.br/index.html>>. Acesso em 05 Out. 2015.

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas integrativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, p.363-75, 2000.

REIS, M.C.P. et al. **Experiência na implantação do Programa de Fitoterapia do Município do Rio de Janeiro.** **Saúde Debate**, n.30, p.42-9, 2004.

RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. Contribuições da geografia às políticas públicas: território usado como condicionante dos programas de fitoterapia do Sistema Único de Saúde (SUS). ISSN: 1984-8501 Bol. Goia. Geogr. (Online). Goiânia, v. 34, n. 2, p. 381-397, maio/ago. 2014

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE (Org.). Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011(3. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**. 2005; Vol. 52, n. 5, pp.546-53.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; SIMONI, Carmem de. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE (Org.). Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2011.

RODRIGUES, Angelo Giovani; DE SIMONI, Carmem; SANTOS, Marize Girão dos. **Qualificação de Profissionais do NASF e Saúde da Família para Implementação das Diretrizes para Plantas Medicinais e Fitoterapia no SUS**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF, outubro de 2010.

RODRIGUES, Angelo Giovani et al. **Relatório de Gestão 2006/2010 – Práticas Integrativas e Complementares no SUS – Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília – DF, Fevereiro de 2011.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS**. Psicologia & Sociedade, vol. 28, núm. 1, enero-abril, 2016, pp. 151-161 Associação Brasileira de Psicologia Social Minas Gerais, Brasil <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p151>

ROSA, Caroline; CÂMARA, Sheila Gonçalves; BÉRIA, Jorge Umberto. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2011.

ROSSI, Maria José dos Santos. **A arte de Cuidar: a formação do campo profissional/** Maria José dos Santos Rossi. Campinas São Paulo, 2001. Tese doutorado Universidade Federal de Campinas. Instituto de filosofia e Ciências Humanas. Orientador: Roberto Cardoso de Oliveira.

SACRAMENTO, H.T. **O programa de fitoterapia do município de Vitória (ES)**. Saúde Debate, n.30, p.59-65, 2004.

SAITO, Raquel Xavier de Sousa. **Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito** / Raquel Xavier de Sousa Saito, organizadora. São Paulo, Martinari, 2008.

SANTANDREU, Alain; LOVO, Ivana Cristina. **Panorama da Agricultura Urbana e Periurbana no Brasil e Diretrizes Políticas para sua Promoção: Identificação e Caracterização de Iniciativas de Agricultura Urbana e Periurbana em Regiões Metropolitanas Brasileiras**. Documento Referencial Geral versão final. Rede de intercâmbio de tecnologias alternativas – REDE; IPES – Promoção do Desenvolvimento Sostenible Belo Horizonte, 2007.

SANTOS, M.C. **Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde de Florianópolis/SC: implantação, cogestão e educação permanente em saúde**. Florianópolis: [S. n.], 2012.

SANTOS, M.G.; DIAS; A.G.P.; MARTINS, M.M. Conhecimento e uso da medicina integrativa entre alunos e professores de primeiro grau. **Revista Saúde Pública**, v.29, n.3, p.221-7, 1995.

SANTOS, Marize Girao dos; FONSECA, Said G. C.. Farmácias Vivas. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).

SANTOS, Melissa Costa E TESSER, Charles Dalcanale. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde**. Ciênc. Saúde cole/va. 2012, vol.17, n.11, pp.3011-3024.

SANTOS, Milton. Território e dinheiro. In: TERRITÓRIO territórios. Niterói: Programa de Pós-graduação em Geografia/UFF; AGB, 2002. p. 9-15.

SANTOS, Renato Lima; GUIMARAES, Geovani Pereira; NOBRE, M.S.C.; PORTELA, Alyne da Silva. **Análise Sobre a Fitoterapia como Prática Integrativa no Sistema Único de Saúde**. Rev. bras. plantas med. vol.13 nº 4. Botucatu, 2011.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Redes emancipatórias: nas lutas contra a exclusão e por direitos humanos** / Ilse Scherer-Warren. – 1. Ed. – Curitiba: Appris, 2012.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. FERRAZ, Fabiane. LINO, Mônica Motta. BACKES, Vânia Marli Schubert. SCHMIDT, Sandra Marcia Soares. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) vol.31 nº.3 Porto Alegre, Set. 2010.

SILVA, Maria Izabel Gomes; GONDIM, Ana Paula Soares; NUNES, Ila Fernanda S.; SOUSA, Francisca Cléa Florenço de. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). **Rev. bras. farmacognosia**, vol.16 nº 4. João Pessoa, Out./Dez. 2006.

SILVA, Rosa de Cássia Miguelino. **Territorialidade e Reapropriação Social da Natureza pelos Usos das Plantas Medicinais em Juazeiro/BA**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente), São Cristóvão, Universidade Federal de Sergipe, 2012.

SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA, Maria Alves; BRASIL, Virginia Visconde; OLIVEIRA, Lizete Malagoni Cavalcante; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto contexto enferm.** vol.15 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2006.

SOMMERMAN, Américo. Complexidade e transdisciplinaridade terceiro incluído. ISSN 2237-079X. **NUPEAT–IESA–UFG**, v.1, n.1, jan./jun., 2011, p.77–89, Artigo 7.

SOUZA CS, IGLESIAS AG, Pazin-Filho A. **Estratégias inovadoras de ensino Medicina** (Ribeirão Preto) 2014;47(3):284-92 Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/>>. Acesso em: 01 fev 2015.

SURMACZ, Elisabete Teresinha Urbik. **Uso da técnica dos botões e de mapas conceituais no ensino de fitoterápicos, numa perspectiva integradora**. Produção didático-pedagógica apresentada ao Programa de Desenvolvimento Educacional – PDE– SEED/PR, sob orientação da Prof. Dr. Sandro Aparecido dos Santos, do Departamento de Física da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. GUARAPUAVA- PR AGOSTO/2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, J. S. VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2002a. p. 68.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências /** (organizadora). Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, J. S.; VILASBOAS, Ana Luiza Queiroz. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF, 2002b.

TOMAZZONI, Marisa Ines; NEGRELLE, Raquel Rejane Bonato; CENTA, Maria de Lourdes. **Fitoterapia Popular: a Busca Instrumental enquanto Prática Terapeuta.** Texto Contexto Enferm, vol. 15, n. 1, pp.: 115-21. Florianópolis, 2006.

TORO, José Bernardo; WERNECK, Nísia Maria Duarte. **Mobilização Social um modo de construir a democracia e a participação /** José Bernardo Toro, Nísia Maria Duarte Werneck. UNICEF – Brasil, 1996.

VARELA, Danielle Sousa Silva; AZEVEDO, Dulcian Medeiros. Saberes e Práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**, vol.12, nº 2. Rio de Janeiro, May/Aug. 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde.** [S.l.; s.n.], 2003. Disponível em: <www.rede pop->. Acesso em: 13 mar 2015.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. **In:** VASCONCELOS, E. M. (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Mara. GRILLO, Maria José Cabral. SOARES, Sonia Maia. **Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo: Pioneira. 1993.

WHITTEMORE, R; KNAFL K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs.** 2005. Vol.52, nº5, p.546-53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Regional office for the Western Pacific. Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines.** Manila: WHO, 1993. 86 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Regional office for the Western Pacific. Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines.** Manila: WHO, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world medicines situation - 2011: traditional medicines: global situation, issues and challenges.** Geneva: WHO, 2011. 12p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world medicines situation 2011: traditional medicines: global situation, issues and challenges.** Geneva: WHO, 2011. 12p.

World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneve: WHO; 1986.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa intitulada “Teia da Complexidade nas Relações Produtoras do Cuidado com Plantas Medicinais na Estratégia de Saúde da Família”, sob responsabilidade das pesquisadoras Rosemeri Melo e Souza (orientadora) e Rosa de Cássia Miguelino Silva (orientanda). O objetivo é estruturar o planejamento para reorganização do modelo de atenção na Estratégia de Saúde da Família através da aplicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia em Juazeiro/BA.

Para a realização deste trabalho serão utilizados os seguintes métodos: observação participante, grupos focais e aplicação de entrevista semi-estruturada anônima, relacionada aos conhecimentos e usos de plantas medicinais e fitoterapia; utilização de gravador de voz para registro da entrevista; utilização de máquina fotográfica para registro das espécies. Após a conclusão da pesquisa, os materiais utilizados serão destruídos e as mídias (áudio e fotos digitais) apagadas, não restando nada que venha a comprometê-lo agora ou futuramente.

Quanto aos riscos e desconfortos, a metodologia utilizada para esta coleta de dados, até a presente fase e diante dos procedimentos utilizados, nos mostra que o que pode vir a ocorrer, durante ou após o trabalho, é a possibilidade de surgir algum desconforto tais como: de origem psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente à pesquisadora para que sejam tomadas as devidas providências.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa serão: o desenvolvimento de uma proposta teórico-metodológica de planejamento estratégico situacional em saúde, na perspectiva integradora dos saberes, para a gestão das Práticas Integrativas e Complementares Plantas Medicinais e Fitoterapia na área da Estratégia de Saúde da Família em Juazeiro da Bahia; e a disponibilização dos registros da vontade coletiva no plano, relativo às práticas com plantas medicinais e fitoterapia, para que os participantes do processo o utilizem como um instrumento de reivindicação da política junto ao gestor do município.

O senhor (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações; a garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa (ou o dependente), os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável inclusive acompanhamento médico e hospitalar. Caso haja gastos adicionais serão absorvidos pelo pesquisador.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos procurar os pesquisadores através do endereço: BR 203, Km 2 S/N, Campus Universitário, Vila Eduardo, CEP: 56300-000, Petrolina-PE, ou pelo telefone: (87) 8808-3544. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, recorrer ao Comitê de Ética, à Av. Agamenon Magalhães, S/N, Santo Amaro, Recife-PE ou pelo telefone: (81) 3183-3775.

Eu, _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Juazeiro-BA, ____/____/____

Assinatura do Participante

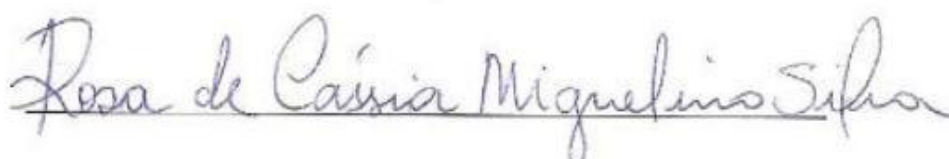
Assinatura do Pesquisador

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Através do presente termo, nós, Rosemeri Melo e Souza (Orientadora) e Rosa de Cássia Miguelino Silva, (orientanda) comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre todos os dados utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Teia da Complexidade nas Relações Produtoras do Cuidado com Plantas Medicinais na Estratégia de Saúde da Família”, durante e após a conclusão da mesma.

São Cristovão, 12 de agosto de 2015.


Rosemeri Melo e Souza


Rosa de Cássia Miguelino Silva

ANEXO C – TERMO DE CONCESSÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO



TERMO DE CONCESSÃO

Eu, **DALMIR FLORÊNCIO PEDRA**, após ter recebido todos os esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada: Teia da complexidade nas relações Produtoras do Cuidado com as plantas Medicinais na Estratégia de Saúde da Família, sob orientação da Profª Pós-Doutora Rosemeri Melo e Souza e ciente dos meus direitos e de que, em caso do não cumprimento das determinações éticas das Resoluções 196/96 e 466/2012 do CNS/MS terei a liberdade de retirar minha concessão a qualquer momento, sem nenhuma penalização, autorizo à pesquisadora **Rosa de Cássia Miguelino Silva**, aluna regular do curso de Doutorado em desenvolvimento e meio Ambiente – PRODEMA da Universidade Federal de Sergipe (UFS), a desenvolver sua pesquisa no âmbito das Unidades de Saúde da Família, deste Município.

Juazeiro - BA, 26 de janeiro de 2016.

DALMIR FLORÊNCIO PEDRA
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, DALMIR FLORÊNCIO PEDRA, aceito a pesquisadora Rosa de Cássia Miguelino Silva, aluna regular do curso de Doutorado em desenvolvimento e Meio Ambiente – PRODEMA da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sob orientação da Profª Pós-Doutora Rosemeri Melo e Souza, a desenvolver a pesquisa intitulada: Teia da Complexidade nas Relações Produtoras do Cuidado com as Plantas Medicinais na Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa de campo será realizada no período de março a julho/2016, nas Unidades de Saúde da Família, zona urbana deste município.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas das Relações 196/96 e 466/2012 do CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Juazeiro - BA, 26 de janeiro de 2016.

DALMIR FLORÊNCIO PEDRA
 Secretário Municipal de Saúde

Praça 15 de Julho, 32 – centro – Juazeiro (BA).
 Cep. 48903-400
 Tel. (74) 3612-3600 – Fax: (74) 3612-3634
 E-mail: sms@juazeiro.ba.gov.br

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO/ PROPEGE/

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TEIA DA COMPLEXIDADE NAS RELAÇÕES PRODUTORAS DO CUIDADO COM PLANTAS MEDICINAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ROSA DE CÁSSIA MIGUELINO SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54272515.3.0000.5207

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.478.253

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 05 de Abril de 2016

Assinado por:
Jael Maria de Aquino
(Coordenador)